

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Fabián Norambuena Contreras

**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO E IMPACTO EN EL
FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA
SALUD EN CHILE MEDIANTE EL ANÁLISIS COMPARADO DE
LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES ENTRE LA REGIÓN
DE VALPARAÍSO Y REGIÓN METROPOLITANA
DESDE EL AÑO 2017 AL 2019**

2023

Directora de Tesis: Mg. Alejandra Irurzun

Citar como: Norambuena Contreras, F. (2023). *Evaluación del desempeño e impacto en el financiamiento de la Atención Primaria de la Salud en Chile mediante el análisis comparado de las hospitalizaciones evitables entre la región de Valparaíso y región Metropolitana desde el año 2017 al 2019.* [Trabajo final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/701>



ÍNDICE

1. Introducción	7
1.1 Presentación	8
1.2 Tema	9
1.3 Contexto	9
1.3.1 Sistema de Salud en Chile	9
1.3.2 Atención Primaria de la Salud en Chile	10
1.3.3 Caracterización socioeconómica y del sistema de salud para la Región de Valparaíso y Región Metropolitana	14
1.4 Relevancia y justificación	19
2. Planteamiento del Problema	20
2.1 Formulación del problema de la tesis	20
2.2 Objetivos: General y Específicos	20
2.2.1 Objetivo General	20
2.2.2 Objetivos Específicos	20
3. Marco Teórico	22
3.1 Gasto Innecesario en Salud	22
3.1.1 Qué es el gasto en Salud	22
3.1.2 Tipos de Gastos Innecesarios	23
3.1.3 Gasto Innecesario en Salud	23
3.2 Efecto financiero del gasto innecesario en los sistemas de salud	24
3.2.1 Financiamiento en Salud.	24
3.2.2 Objetivos y actividades del Financiamiento en Salud	25
3.2.3 Efecto del gasto innecesario en el financiamiento de Salud	26
3.3 Desempeño en Salud	27
3.3.1. Desempeño en salud	27
3.3.2 Indicadores de desempeño (sistema y Outcome)	29
3.3.3 Indicadores y gasto innecesario en Salud	30
3.4 Hospitalizaciones evitables y sus aplicaciones	33
3.4.1 Por egresos	33
3.4.2 Por días de estada	34

3.4.3 Integralidad del sistema	34
3.4.4 Determinantes Sociales de la Salud.....	36
3.5 Algunos resultados del uso de indicadores de hospitalizaciones evitables	39
3.2 Hipótesis	41
4. Metodología	41
4.1 Tipo de estudio.....	41
4.2 Dimensiones, variables, indicadores	42
4.3 Universo y características de la muestra	44
4.4 Fuente de información y técnicas de recolección de datos	44
5. Desarrollo	46
5.1 Caracterización de la red de salud de la Atención Primaria de la Salud y Hospitalaria en la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019 .	46
5.1.1 Dispositivos de salud en la región de Valparaíso y región Metropolitana	46
5.1.2 Población usuaria de la red de Atención Primaria de la Salud en la región de Valparaíso y región Metropolitana.....	48
5.1.3 Dotación de camas para la Región de Valparaíso y región Metropolitana.....	50
5.1.4 Presupuesto por Servicio de Salud para la región de Valparaíso y la región Metropolitana.....	51
5.2 Indicador de hospitalizaciones evitables para los Servicios de Salud de región de Valparaíso y región metropolitana en Chile para los años 2017, 2018, 2019	54
5.2.1 Indicador de Hospitalizaciones Evitables por Egresos Hospitalarios para la Región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017,2018,2019.....	54
5.2.2 Indicador de Hospitalizaciones Evitables por Estadías Hospitalarias para la Región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019	55
5.3 Comparación de los indicadores de hospitalizaciones evitables para la región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019.....	55
5.4 Comparación del impacto en el financiamiento de la salud por hospitalizaciones evitables según presupuesto ejecutado por los Servicios de Salud en la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019.....	57
6. Conclusiones	60
7. Discusión y Propuestas	62
7.1 Discusión	62
7.2 Propuestas.....	63
8. Bibliografía	65
9. Anexos	66

10. Directora de Tesis	66
-------------------------------------	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estructura Actual del Sistema de Salud en Chile	10
Figura 2: Red de Atención Primaria de Salud.....	12
Figura 3: Dimensiones: 2015-2017	17
Figura 4: Marco de la OMS para la financiación de la salud y la cobertura universal de salud	25
Figura 5: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en APS.....	35
Figura 6: Entorno y condiciones para el desarrollo de servicios de salud integrados....	36
Figura 7: Determinantes Sociales de la Salud	38
Figura 8: Determinantes Sociales en contexto de Crisis.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1: Gasto en Salud per cápita y población beneficiaria FONASA e ISAPRE. Pesos del año 2020. Chile 2010– 2020.....	11
Gráfico 2: Gasto Atención Primaria del SNSS y Municipal en salud. Millones de pesos 2020. Chile 2010– 2020.....	13
Gráfico 3: Ruralidad y pobreza multidimensional promedio por Servicio de Salud	18
Gráfico 4: Disponibilidad de indicadores para la dimensión de prestación de servicios de salud en 39 países	33
Gráfico 5: Porcentaje de ingresos hospitalarios potencialmente evitables debido a cinco afecciones crónicas como porcentaje del total de días de cama año 2016	39

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1: Ruralidad y pobreza multidimensional promedio por regiones	18
Tabla 2: Definición de grupos para hospitalizaciones evitables OPS/OMS por códigos CIE-10.	31
Tabla 3: Indicadores identificados para evaluar varias dimensiones de la Salud Universal	32
Tabla 4: costo de la hospitalización evitable por condiciones crónicas en 30 países de la OCDE 2016.....	40
Tabla 5: Operacionalización metodológica.....	43
Tabla 6: Dispositivos de Salud Pertencientes al SNSS en la Región de Valparaíso	47
Tabla 7: Dispositivos de Salud Pertencientes al SNSS en la Región Metropolitana.....	48
Tabla 8: Población beneficiaria de Fonasa por Servicios de Salud en las regiones de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017,2018, y 2019.	49

Tabla 9: Distribución por Servicios de Salud de la población acreditada e inscrita en APS en las regiones de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017,2018, y 2019.....	50
Tabla 10: Dotación de Camas para la Región de Valparaíso según Servicio de Salud y complejidad de Atención de establecimiento pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.....	50
Tabla 11: Presupuesto inicial y ejecutado para los Servicios de Salud de la región de Valparaíso en los años 2017, 2018, 2019.....	52
Tabla 12: Presupuesto inicial, ejecutado, población asignada, y población usuaria de Atención Primaria para los Servicios de Salud de la región Metropolitana en los años 2017, 2018, 2019.	53
Tabla 13: Egresos hospitalarios totales e Indicador regional de Hospitalizaciones evitables por egresos hospitalarios 2017, 2018, 2019.....	54
Tabla 14: Estadías hospitalarias totales e Indicador regional de Hospitalizaciones evitables por estadía hospitalaria 2017, 2018,2019.....	55
Tabla 15: Comparación de hospitalizaciones evitables por Servicios de Salud según línea base nacional para el año 2017.....	56
Tabla 16: Comparación de hospitalizaciones evitables por Servicios de Salud según línea base nacional para el año 2018.....	56
Tabla 17: Comparación de hospitalizaciones evitables por Servicios de Salud según línea base nacional para el año 2019.....	56
Tabla 18: Valor CDO en pesos chilenos	57
Tabla 19: Gasto innecesario en las regiones de Valparaíso y Metropolitana en miles de millones	57
Tabla 20: Comparación del impacto en el financiamiento de la salud desde el gasto innecesario por servicios de salud en la región de Valparaíso y región metropolitana para el año 2017 en miles de millones.....	58
Tabla 21: Comparación del impacto del financiamiento de la salud desde el gasto innecesario por servicios de salud en la región de Valparaíso y región metropolitana para el año 2018 en miles de millones.....	58
Tabla 22: Comparación del impacto del financiamiento de la salud desde el gasto innecesario por servicios de salud en la región de Valparaíso y región metropolitana para el año 2019 en miles de millones.....	59
Tabla 23: Comparación del impacto del financiamiento de la salud desde el gasto innecesario en la región de Valparaíso y Metropolitana en miles de millones	59

Agradecimientos

A Rafael Urriola y Alejandra Irurzun, por su constante apoyo, diálogo y enseñanzas en el proceso de desarrollo en este trabajo que busca aportar a la construcción de una salud más equitativa y solidaria. A mi familia, por su constante preocupación e interés por una mejor salud para los nuestros y las comunidades.

Con especial cariño a mis amigos y amigas, con quienes luchamos contra la pandemia del COVID – 19 en terreno y desde distintos lugares, y en memoria de quienes nos dejaron tempranamente en esta lucha, y a sus familias.

1. Introducción

Evaluar el impacto del financiamiento de la Atención Primaria de la Salud (APS), es una obligación a tener en cuenta para cualquier sistema que centre su organización en el nivel primario de salud.

La evaluación del impacto financiero de la APS, es entonces, un área que debe ser de interés para economistas y gestores de la salud, con un especial enfoque en la generación y mejoras de metodologías y herramientas que faciliten el trabajo de conceptualización, con el fin de conocer qué se entiende por desempeño de los sistemas de atención en salud, y lograr medir el impacto financiero de la ejecución de programas, proyectos, o políticas nacionales y locales de salud.

La formulación inicial de la medición del impacto financiero que se proponga realizar, debe responder sobre las interrogantes de qué medir, para qué medir, y qué metodologías y herramientas utilizar para una mayor comprensión de cómo actúa el financiamiento de la salud basado en resultados de salud de las personas, sus familiares y las comunidades a las cuales pertenecen. Lo que finalmente, se traduce en mejorar la eficiencia, y el fortalecimiento de la equidad en la entrega de bienes y servicios de salud.

Uno de los métodos impulsados por la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS), y extensamente desarrollada en el informe sobre "El Potencial de la Atención Primaria para la Salud", para medir el impacto financiero - por su bajo costo y reducido tiempo de generación - es el indicador de hospitalizaciones evitables. Su uso es transversal en los países, permitiendo la comparación del desempeño de los sistemas y subsistemas de atención en función de su productividad hospitalaria, medida en cantidad de hospitalizaciones evitables y días de estancias innecesarias. Estas últimas, permiten conocer el gasto innecesario en salud en términos monetarios, y con esto, establecer criterios de eficiencia financiera y asignación presupuestaria.

El indicador, también permite conocer de forma indirecta el desempeño de la APS, al enmarcar las hospitalizaciones evitables, como aquellas atenciones que son susceptibles de cuidado en el nivel primario de la salud, basado en una lista de patologías definidas por la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), según categorías CIE -10. Otro de los beneficios del indicador, es poder apoyar su análisis desde las determinantes sociales de la salud.

En ese sentido, el presente trabajo, establece una relación entre la inversión en APS como porcentaje del PIB en Salud y la eficiencia generada, dando a conocer que, cuanto menor es la inversión en APS, el gasto innecesario medido por el indicador de hospitalizaciones evitables aumenta sostenidamente.

Alguno de los resultados de interés, es la comparación entre la región Metropolitana y de región de Valparaíso, mediante el análisis del indicador de hospitalizaciones evitables en la red de atención organizada por los Servicios de Salud.

Estos resultados, nos muestran que los mayores gastos innecesarios se presentan en dos Servicios de Salud. El primero en el Servicio de Salud Sur Oriente de la región Metropolitana, y el segundo, en el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, de la región de Valparaíso. Que, a la vez, presentan mayores índices de pobreza multidimensional, comunas rurales, y comunas mixtas, en comparación con el resto de Servicios de Salud.

En términos de impacto del gasto innecesario sobre el financiamiento, para el año 2017 en la región de Valparaíso, el impacto del gasto innecesario en el presupuesto ejecutado fue de 4,83%; para los años 2018 y 2019, fue de 4,38% y 5,00%. Para la región Metropolitana, se obtuvo un resultado del impacto de 4,26%, 4,07%, 3,28%; para los años 2017, 2018, y 2019, respectivamente.

El potencial ahorro conjunto de ambas regiones, es cercano a \$371.332.691.000 (pesos chilenos). Que para Chile significarían la construcción de 59 centros de atención primaria de última generación, donde cada centro podría ser "un edificio sustentable, con autonomía energética y accesibilidad universal. Tres pisos, 24 box clínicos, tres box ginecológicos, seis box dentales, cuatro salas para trabajo clínico grupal, tres box de atención psicológica, un box IRA (Infección Respiratoria Aguda), un box ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), un box atención de urgencias, una sala cirugía menor, un box de ecografías, una sala de rehabilitación, una unidad de farmacia, una unidad de programas de alimentación y una sala multiuso para trabajo de educación grupal y comunitario". Con una distribución de 16 centros de salud para la región de Valparaíso y, para la región Metropolitana, un total de 43 centros de salud.

Finalmente, el trabajo realizado mediante la aplicación del indicador sobre las regiones de Valparaíso y región Metropolitana, el establecer un marco de referencia de eficiencia, y dar a conocer que la inversión en APS es mejor que la reducción de costos, podría sostener el inicio del diseño de una propuesta de "Modelo solidario de financiamiento para la sostenibilidad de la universalización en la Atención Primaria de la Salud", como un proceso de eliminación de injusticias evitables (inequidades), mediante la distribución de la eficiencia en los sistemas de financiamiento en salud, buscando una mayor equidad, y un bienestar universal en cada persona, familia, y sus comunidades.

1.1 Presentación

El presente trabajo de tesis es para acceder al título de Magíster en Economía y Gestión de la Salud por la Universidad ISALUD.

El tema elegido tiene singular importancia en el momento actual de Chile dado que el sistema de salud se enfrenta a una reforma, que declara tener como "corazón" la universalización de la Atención Primaria de la Salud.

Considero además que la evaluación del desempeño y el impacto sobre el financiamiento de la Atención primaria de la Salud, convoca no sólo a quienes se ocupan de la asignación de recursos sino también a quienes diseñan políticas públicas y trabajan día a día con la

población. En mayor medida y de forma progresiva, será una línea de trabajo para economistas y gestores de la salud.

En particular, las dos regiones sobre las que se realiza este estudio son particularmente importantes, al tener en conjunto un poco más del 52% de la población total del país, y una composición distinta territorial con respecto a comunas rurales, urbanas, y de aquellas que tienen una composición mixta, lo que permite visualizar los alcances del indicador para identificar las brechas.

1.2 Tema

“Desempeño en los sistemas de Atención Primaria de la Salud mediante el análisis comparado del indicador de hospitalizaciones evitables”

Palabras Clave: indicador desempeño de los sistemas de atención en salud, hospitalizaciones evitables, Atención Primaria de la Salud, gastos innecesarios en salud.

1.3 Contexto

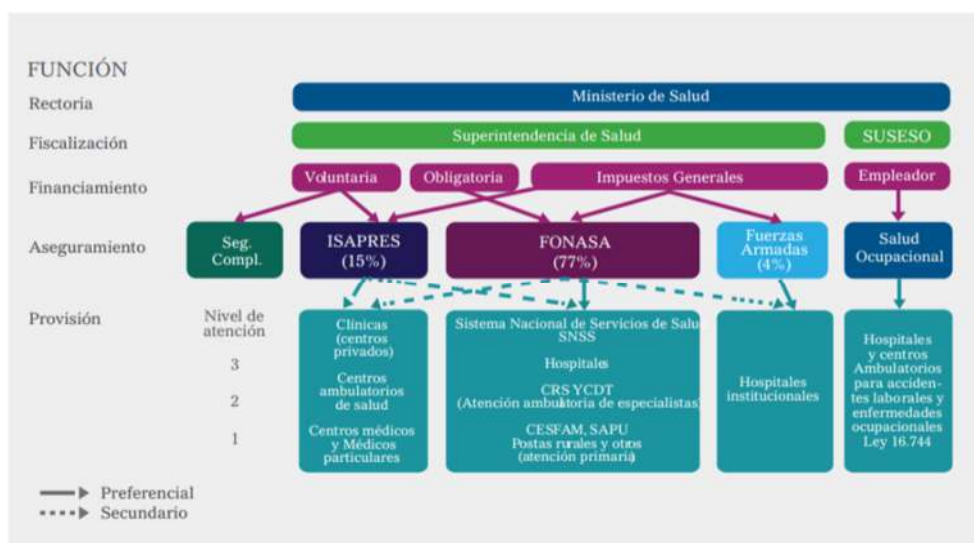
1.3.1 Sistema de Salud en Chile

El sistema de salud en Chile, se caracteriza por estar fragmentado y segmentado, tanto en sus sistemas de servicios de atención, financiamiento, cobertura y acceso.

A nivel terciario de atención en salud pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se encuentran hospitales públicos, y a nivel privado, se encuentran las clínicas privadas. En el nivel secundario, se encuentra los CDT (Centro de Diagnóstico y Tratamiento), y finalmente, para el nivel primario de salud, se encuentran dispositivos de baja complejidad de atención primaria, Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

El mayor ente rector del sistema de salud en Chile, es el Ministerio de Salud (MINSAL), en términos de financiamiento, se encuentra el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), el sistema de fuerzas armadas, y seguros complementarios. Las formas de ingresos o financiamiento de la salud, esencialmente se basan en aportes voluntarios, obligatorios, y por recaudación por impuestos.

Figura 1: Estructura Actual del Sistema de Salud en Chile



Fuente: Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile. (2018).

A nivel de mesogestión, el sistema de salud de Chile, presenta 29 servicios de salud, quienes se encargan de coordinar las acciones de los distintos niveles de atención en salud. Actualmente, coordinan 346 comunas a nivel nacional.

1.3.2 Atención Primaria de la Salud en Chile

Para abril del 2022, la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP), publica los resultados sobre el estudio de Eficiencia en la Gestión de la Atención Primaria de la Salud (APS). Este estudio entrega información sobre la capacidad actual de cobertura de la APS, en términos demográficos, de programas, tecnológicos, y de nivel de atención según la población inscrita, considerando la APS como una estrategia central dentro del sistema de salud en Chile.

Uno de los hallazgos más importantes del estudio, es lograr establecer que la cobertura de la APS se encuentra bajo el 50% para la población inscrita en FONASA. Los hombres entre 20 a 60 años, asisten menos a la APS, que las mujeres en igual tramo de edad.

Otro de las dificultades que explicaría la baja cobertura de la APS en Chile, es la falta de médicos de familia, que, en referencia a la OCDE, estos han ido disminuyendo de forma importante en Chile desde el año 2000 al 2017 y que esto ha tenido un impacto negativo en los resultados sanitarios.

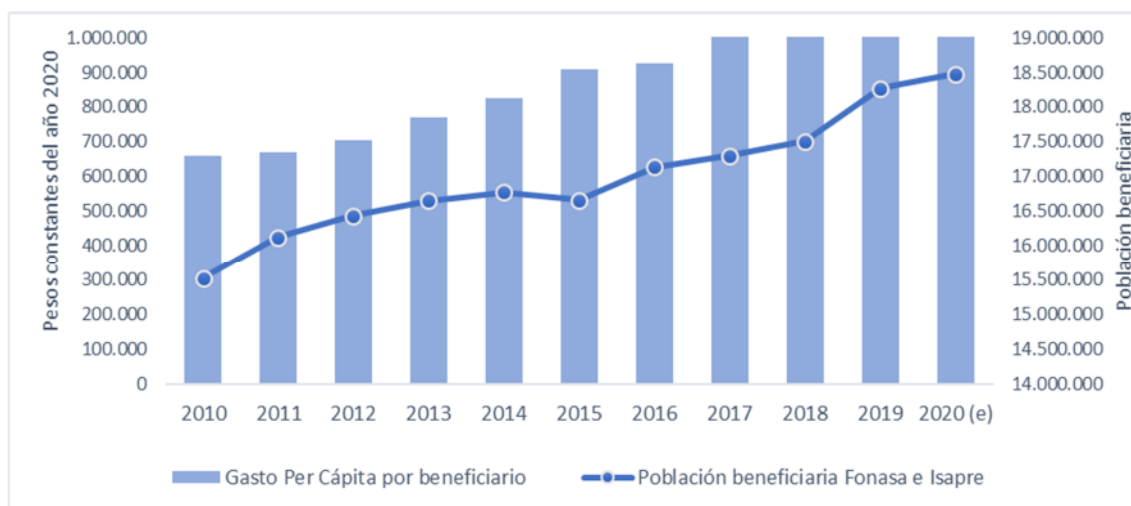
Finalmente, el estudio de la CNEP considera que la brecha del Per Cápita como medio de financiamiento de la APS entre comunas es significativo porque no existe un solo tramo de sueldos, y estos varían de comuna a comuna, otro elemento que explica la baja cobertura de atención es el conocimiento en tecnologías de la información y las

comunicaciones desde los propios equipos de salud, imposibilitando implementar estrategias de Salud Digital y Telemedicina, desde la APS.

Por su lado, el Departamento de Economía de la Salud del Minsal, entrega información que referencia que “el gasto en salud como porcentaje del PIB ha crecido sostenidamente desde el año 2010, llegando a representar el 2020[1], un 10,1%”.

En el gráfico 1, se observa un aumento constante del gasto per cápita por beneficiario en los últimos diez años, siendo de particular interés los años 2018, 2019, y 2020; con un gasto respectivo de \$1.014.783; \$1.028.707; \$1.016.014.- pesos chilenos.

Gráfico 1: Gasto en Salud per cápita y población beneficiaria FONASA e ISAPRE. Pesos del año 2020. Chile 2010– 2020



Fuente: Oficina de Información Económica en Salud. Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile.

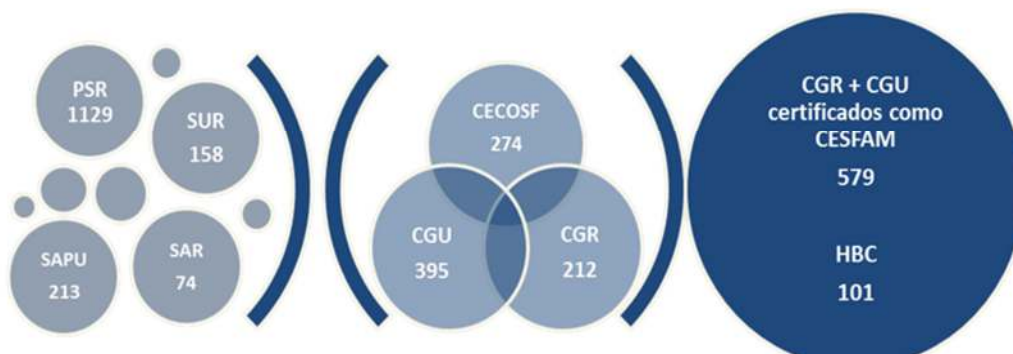
Con respecto a los esquemas de financiamiento y aportes al APS, se puede hacer mención que “La Ley N ° 19.378 de 1995 fija el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal y establece en su Artículo 49 que cada entidad administradora de Salud municipal, recibirá mensualmente del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal”.

El aporte Per Cápita y los programas de reforzamiento, son las principales fuentes de financiamiento de la APS. El aporte Per Cápita, se realiza con respecto a la cantidad de población inscrita en el sistema de APS y validada por FONASA, y se le agregan indexadores de ruralidad, pobreza, referencia de zona, y un aporte adicional por personas desde los 65 años.

Con respecto a los programas de reforzamiento, estos se distribuyen para el ámbito municipal y los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. Estos recursos están destinados a distintos programas de salud: resolutivez, salud oral, salud mental, urgencia, fármacos, adultos autovalentes, salud sexual, elige vivir sano, entre otros. Los

programas de reforzamiento buscan reforzar o complementar las atenciones del Plan de Salud Familiar en Per Cápita. Algunos municipios entregan aportes adicionales de forma voluntaria a la salud de su comuna y, por ende, no son obligatorios ni necesariamente permanentes.

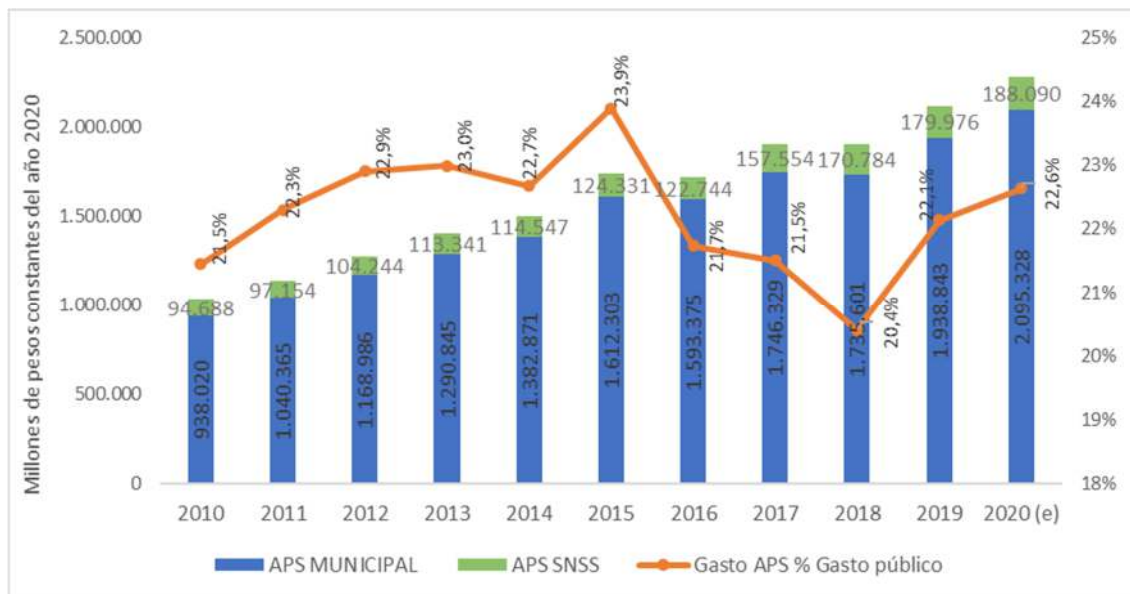
Figura 2: Red de Atención Primaria de Salud



Fuente: División de Atención Primaria en base a información de División de Inversiones y de los Praps. Ministerio de Salud Chile. 2021.

Finalmente, se observa que el gasto de la APS como porcentaje del gasto público en salud, ha sufrido fluctuaciones importantes entre el 2010 y el 2020, teniendo su baja más importante en los años 2017,2018, y retoma el aumento durante el 2019 y el 2020.

Gráfico 2: Gasto Atención Primaria del SNSS y Municipal en salud. Millones de pesos 2020. Chile 2010– 2020.



Fuente: Oficina de Información Económica en Salud. Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud Chile. 2021.

[1]Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, Chile: http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/articulos-66513_recurso_1.pdf

Se observa que el gasto de la APS como porcentaje del gasto público en salud, ha sufrido fluctuaciones considerables entre el 2010 y el 2020, teniendo su baja más importante en los años 2017,2018, y retoma el aumento durante el 2019 y el 2020.

1.3.3 Caracterización socioeconómica y del sistema de salud para la Región de Valparaíso y Región Metropolitana

Según la Casen en Pandemia¹ 2020, realizado por el Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile; la región de Valparaíso, es la segunda región del país con más población, con un total de 1.966.798 habitantes, después de la región Metropolitana con 8.162.494 habitantes.

Para estas regiones, la composición del ingreso monetario² (en pesos chilenos), se divide en dos tipos: ingreso autónomo³, subsidios monetarios⁴. La región de Valparaíso, presenta un ingreso autónomo de \$528.434.434.260. (93,4% del ingreso monetario), un subsidio monetario de \$37.046.595.755. (6,6% del ingreso monetario) , y un ingreso monetario por \$565.481.030.126.-. En el caso de la región Metropolitana, el ingreso autónomo fue de \$3.146.467.752.923. (96,4% del ingreso monetario) , el subsidio monetario fue de \$116.501.323.737. (3,6% del ingreso monetario), y un ingreso monetario por \$3.262.969.076.583.-

Para la participación laboral y clasificada por sexo de personas mayores o igual a 15 años, las mujeres participantes del mercado del trabajo son 406.000, mientras que en el caso de los hombres es de 448.731. Para la región Metropolitana, el trabajo de la mujer considera 1.888.850 puestos de trabajo, mientras que los hombres, tienen una participación de 2.066.640 puestos de trabajo.

En términos de índice de pobreza total para el año 2020 (que considera a pobres extremos y pobres no extremos), la región de Valparaíso presenta un índice de 10,6%, mientras que la región Metropolitana presenta un índice de 34,7%. lo que corresponde a una población de 223.088 habitantes y 732.654 habitantes, respectivamente. El promedio nacional del índice de pobreza total es de 6.3%.

Con respecto a la Previsión Social, la región de Valparaíso para la Encuesta Casen Pandemia 2022 tiene un universo de 1.542.975, que se encuentran distribuidas entre afiliados a FONASA (1.056.199), en ISAPRES (236.121), Fuerzas Armadas y de Seguridad y Orden (109.328), en ninguno de los sistemas (130.052), no saben (11.292). En el caso

¹ La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), tiene por objetivo conocer la "situación de pobreza por ingresos de las personas y los hogares, así como la distribución del ingreso de los hogares. Identificar carencias de la población en las áreas de educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos". Esta encuesta se realiza desde 1985, de forma bianual, y mandatada por el Ministerio de Desarrollo Social de Chile

² Corresponde a la suma de los ingresos autónomos y los subsidios monetarios percibidos por todos los miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro. (Encuesta Casen Pandemia 2020).

³ Corresponde a la suma de todos los pagos que reciben todos los miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro, provenientes tanto del trabajo como de la propiedad de los activos. Estos incluyen sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente, la auto-provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, dividendos y retiro de utilidades, jubilaciones, pensiones o montepíos, y transferencias corrientes. (Encuesta Casen Pandemia 2020).

⁴ Corresponden a todos los aportes en dinero que reciben todos los miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro, del Estado a través de los programas sociales. (Encuesta Casen Pandemia 2020).

de la región Metropolitana, se estima que los afiliados a FONASA son 3.477.741, en ISAPRES 1.768.899, Fuerzas Armadas y de Seguridad y Orden 191.328, en ninguno de los sistemas 659.926, no saben 17.147; esto corresponde a un universo total de 6.115.041 encuestados.

La Red de Atención de Salud de las regiones de Valparaíso y Metropolitana, se componen de establecimientos de baja, mediana y alta complejidad, que son coordinados por los Servicios de Salud.

Para la región de Valparaíso, existen tres Servicios de Salud: Valparaíso - San Antonio (SSVSA), Viña del Mar Quillota (SSVQ), y Servicio de Salud Aconcagua (SSA).

El SSVSA, coordina el Hospital Carlos Van Buren (alta complejidad), Hospital Claudio Vicuña (alta complejidad), Hospital Dr. Eduardo Pereira (alta complejidad) Hospital del Salvador (mediana complejidad), y el Hospital San José de Casa Blanca (baja complejidad). Estos hospitales, suman en total 769 camas⁵. A nivel de Atención Primaria, este abarca las comunas de Valparaíso, Casablanca, Algarrobo, El Quisco, Cartagena, San Antonio, El Tabo, Santo Domingo, y Juan Fernández. La Población que le corresponde jurisdiccionalmente es de 527.247 personas, de las cuales 439.601 se encuentran inscritas y validadas por Fonasa⁶.

En APS, este coordina 25 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 19 postas, 1 Servicio de Alta Resolutividad (SAR), 2 Centros de Salud Mental Comunitaria, 26 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)⁷.

Con 1.141.286 personas asignadas, el SSVQ es el tercer servicio más grande de Chile, con una población inscrita y validada por FONASA de 850.730. Coordina el Hospital de Quilpué (alta complejidad), Hospital Dr. Gustavo Fricke (alta complejidad), Hospital San Martín (alta complejidad), Hospital San Tomás (baja complejidad), Hospital San Agustín (baja complejidad), Hospital Juana Ross de Edwards (baja complejidad), Hospital Dr. Victor Hugo Moll (baja complejidad), Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara (baja complejidad), Hospital de Petorca (baja complejidad), Hospital Centro Geriátrico Paz de la Tarde (baja complejidad). La dotación de camas del SSVQ es de 1931 camas.

“Dentro de la jurisdicción del SSVQ existen 18 comunas correspondientes a las comunas de Viña del Mar, Puchuncaví, Concón, Quintero; Área Marga Marga, incluye las comunas de Quilpué, Villa Alemana, Limache, Olmué, Quillota, Nogales, La Cruz, Petorca, Cabildo, La Ligua, Calera, Papudo, Zapallar e Hijuelas. La red APS municipal está integrada por 78 establecimientos, 32 Centros de Salud Familiar, 5 Centros de Salud, 28 Postas de salud rural y 13 Centros Comunitarios de Salud Familiar”

⁵ DOTACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS DE ESTABLECIMIENTOS PERTENECIENTES AL SNSS (Públicos) POR SERVICIO DE SALUD, ESTABLECIMIENTO Y ÁREA FUNCIONAL. Departamento de Información en Salud (DEIS).

⁶ Cuenta Pública Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, 2020.

⁷ Cuenta Pública Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, 2020.

(ssvq.cl/ssvq/site/artic/20190212/asocfile/20190212105214/dise_o_de_la_red_ssvq_2017_final.pdf) .

El SSA, posee una dotación de 808 camas, distribuidas entre el Hospital de San Camilo (alta complejidad), Hospital San Juan de Dios (alta complejidad), Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (mediana complejidad), Hospital San Antonio (baja complejidad), Hospital San Francisco (baja complejidad).

A nivel territorial, el SSA, abarca las comunas de Calle Larga, Rinconada, San Esteban, Los Andes, Catemu, Llay Llay, Panquehue, Putaendo, Santa María y San Felipe. "La Atención Primaria está compuesta por 13 Centros de Salud Familiar de los cuales tres pertenecen a la red del Servicio de Salud y 10 son de dependencia municipal, además de 6 Centros Comunitarios de Salud Familiar, 1 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 1 Servicio de Alta Resolutividad (SAR), 5 Servicios de Urgencia Rural (SUR), 10 Postas de Salud Rural, 22 estaciones médico rurales, 3 Unidades Atención Primaria de Oftalmología y dos unidades dentales móvil, todas ellas distribuidas en diferentes comunas del valle" (<https://www.serviciodesaludaconcagua.cl/index.php/conozcanos/resena>).

Por su lado, la región Metropolitana, consta de seis Servicios de Salud: **Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO)**, que abarca las comunas de Peñalolen, Macul, Ñuñoa, La Reina, Providencia, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea; Servicio de **Salud Metropolitano Central (SSMC)**, que coordina a las comunas de Estación Central, Santiago, Maipú, parte de Pedro Aguirre Cerda, y Cerrillos; **Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS)**, se coordina con las comunas de San Miguel, Paine, Buin, Calera de Tango, La Cisterna, Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo, San Joaquín y parte de La Granja; **Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)**, se encarga de las comunas de Til Til, Colina, Lampa, Huechuraba, Quilicura, Recoleta, Conchalí, e Independencia; **Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOC)**, abarca las comunas de Lo Prado, Pudahuel, Cerro Navia, Quinta Normal, Renca, Alhué, Curacavi, María Pinto, Melipilla, San Pedro, Talagante, isla del Maipo, El Monte, Padre Hurtado, Peñaflor; finalmente, el **Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO)**, cuenta con las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, parte de La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirque.

Mientras tanto, para dar una mayor profundización a la observación comunal de la pobreza multidimensional, se utilizará la Casen 2017, que considera las mismas 5 dimensiones que la Casen 2020, pero sin el ajuste de los indicadores.

La Casen 2020 en Pandemia, la medición consideró que "los indicadores adaptados son los de asistencia, rezago escolar, adscripción al sistema de salud y atención. Adicionalmente, no fue posible obtener el indicador de Habitabilidad, en particular el componente de Estado de la vivienda".

Figura 3: Dimensiones: 2015-2017



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2017

“Indicador de habitabilidad incluye carencias de hacinamiento o en estado de la vivienda, antes medidas por separado” (Casen, 2017).

En tanto, para la medición de ruralidad, la Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda, y Territorio de Chile, propone la siguiente clasificación comunal:

- Las **comunas predominantemente rurales** se definen como aquellas en que más de un 50% de la población vive en distritos censales de densidad menor a 150 hab./km².
- Las **comunas mixtas** se definen como aquellas en que entre un 25% y un 49% de la población vive en distritos censales de densidad menor a 150 hab./km².
- Las **comunas predominantemente urbanas** se definen como aquellas en que menos de un 25% de la población vive en distritos censales de densidad menor a 150 hab./km².

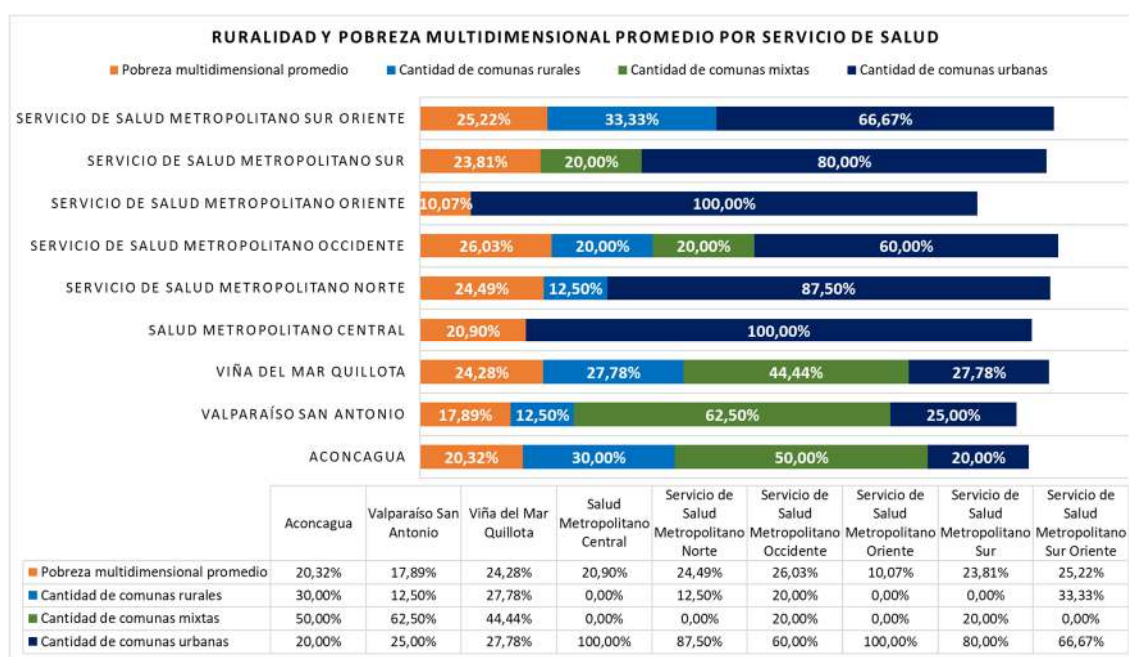
Tabla 1: Ruralidad y pobreza multidimensional promedio por regiones

Región	Comunas rurales totales	Comunas mixtas totales	Comunas urbanas totales	Pobreza Multidimensional Promedio Regional
Metropolitana	6	5	41	20,83%
En porcentaje	11,54%	9,62%	78,85%	
Valparaíso	9	18	9	21,76%
Porcentaje	25,00%	50,00%	25,00%	

Fuente: Elaboración Propia en base a datos Casen 2017 e información de ruralidad en Chile, de la Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda, y Territorio

En términos de comunas rurales y mixtas, la región de Valparaíso supera ampliamente a la región Metropolitana, en contraste con el índice regional promedio de pobreza multidimensional, que es mayor en la región Metropolitana.

Gráfico 3: Ruralidad y pobreza multidimensional promedio por Servicio de Salud



Fuente: Elaboración Propia en base a datos Casen 2017 e información de ruralidad en Chile, de la Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda, y Territorio

Con respecto a la visualización de la distribución de las comunas rurales, mixtas, urbanas, y de la pobreza multidimensional promedio, distribuida en los servicios de salud en estudio, se mencionan aquellos que destacan primero en su ruralidad, y luego en su índice de pobreza multidimensional promedio.

En la región de Valparaíso, el Servicio de Salud Aconcagua, del total de comunas gestionadas un 30% corresponde a comunas esencialmente rurales y 50% de comunas

mixtas, siendo el Servicio de Salud con este mayor porcentaje, solo seguido por el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, con 24,28% de sus comunas rurales, y 44,44% de comunas mixtas. Sobre su índice de pobreza multidimensional promedio, presentan un 20,32% y 24,28%, respectivamente.

En la región Metropolitana, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, posee un 33,33% de comunas rurales, y un índice de pobreza multidimensional promedio 25,22%; con respecto a este último indicador, solo es superado por el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, con un índice de 26,03%, y un 20% de comunas rurales.

1.4 Relevancia y justificación

Dentro de los objetivos de los sistemas de salud, es poder alcanzar sus funciones de provisión, aseguramiento y financiamiento de la salud con eficiencia y equidad. Para esto, los sistemas deben ser evaluados en su desempeño e impacto sobre el financiamiento de la salud. En Chile, este rol es esencialmente conducido por el Ministerio de Salud, con apoyo de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Desarrollándose mediciones periódicas que logren determinar el impacto del desempeño en sus tres niveles de atención: primario, secundario y terciario.

Bajo el ámbito de la medición del desempeño, el indicador de hospitalizaciones evitables viene tomando fuerza como herramienta de evaluación, esencialmente impulsada por la oficina de Sistemas de Salud de la OPS/OMS en Chile, donde, actualmente se desarrolla un estudio mayor para evaluar el indicador de hospitalizaciones evitables para Chile, entre los años 2015 a 2021, liderado por el Instituto de Economía Gestión y Salud (Idegys).

En ese sentido, el evaluar el indicador de hospitalizaciones evitables y su relación con el presupuesto del país en salud, permitirá alinear las metodologías y herramientas, a los objetivos del sistema de salud.

En particular, este trabajo, toma los elementos del indicador de hospitalizaciones evitables, y a las metas definidas por la OPS/OMS, en el compendio de medición del impacto y outcomes en Salud, y establece una relación con el presupuesto anual, lo que entregaría información sensible para la definición de acciones de intervención, con el fin de que los gastos innecesarios en los sistemas de salud se reduzcan, y las condiciones de salud de la población sean más saludables. Mientras el costo innecesario en salud baja, las condiciones de salud de las poblaciones mejoran.

Para el marco de una maestría en economía y gestión en salud, este tipo de propuestas profundiza en la evaluación de los sistemas de salud como un área de la economía de la salud de importancia para la toma de decisiones de los países, y por otro lado, focaliza el tratamiento de información con respecto al gasto innecesario de la salud, incluyendo temas de costos en salud, programas de salud, hasta acercarse a contenidos de desinversión en salud para un futuro trabajo, que genere conocimiento y herramientas pertinentes para la mejora continua de los sistemas de atención en salud y su gestión.

2. Planteamiento del Problema

2.1 Formulación del problema de la tesis

Para conocer si los sistemas y servicios de salud cumplen su función es necesario monitorear su desempeño. De esta forma se puede establecer si está cumpliendo o no las expectativas deseadas (criterios e indicadores de brechas) y, en consecuencia, es posible sugerir o generar estrategias correctivas.

Una de las formas de medir el desempeño de los sistemas de salud, es usando el indicador de "Hospitalizaciones por condiciones de salud susceptibles de cuidados en el Primer Nivel de Atención, que hace parte del análisis de los servicios de salud centrados en las personas y las comunidades (Pan American Health Organization, 2014)". La OPS/OMS (Organización Panamericana y Mundial de la Salud) establece que "las tasas de hospitalizaciones por estas condiciones son usadas como indicadoras de desempeño y acceso al sistema de atención primaria, de manera que altas tasas de hospitalización por estas condiciones son indicativas de fallas en el modelo de atención primaria en el sistema de salud y de la integración de la red".

Estableciendo la importancia de la evaluación de los sistemas y servicios de salud, junto la ausencia de la comparación regional del desempeño de la Atención Primaria de la Salud, se desprende la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto del financiamiento de salud en los Servicios de Salud de las regiones de Valparaíso y Metropolitana según el desempeño de su Atención Primaria de la Salud?

2.2 Objetivos: General y Específicos

2.2.1 Objetivo General

Comparar el desempeño de la Atención Primaria de la Salud entre la Región de Valparaíso y la Región Metropolitana en Chile mediante el análisis del indicador de hospitalizaciones evitables para los años 2017, 2018, 2019 en términos de egresos hospitalarios e impacto en el financiamiento de la salud.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar la red de atención de Servicios de Salud de la región de Valparaíso y región Metropolitana en términos de dispositivos de salud, población beneficiaria, dotación de camas, y presupuesto ejecutado para 2017, 2018, 2019.
2. Determinar el resultado del indicador de hospitalizaciones evitables para la región de Valparaíso y región metropolitana en Chile para los años 2017, 2018, 2019.
3. Analizar los resultados individuales del indicador de hospitalizaciones evitables según las metas de reducción del 10% año a años definidas por la OPS/OMS en

su planificación estratégica 2014 a 2019, aplicada a la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019.

4. Comparar los indicadores de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio para la región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019.
5. Comparar el impacto en el financiamiento de la salud por medio de las hospitalizaciones evitables para el presupuesto de los Servicios de Salud en la región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018 y 2019.

3. Marco Teórico

3.1 Gasto Innecesario en Salud

3.1.1 Qué es el gasto en Salud

El concepto gasto, se podría llegar a confundir con el concepto de costo en salud. En particular, entenderemos que, para el sector privado de la salud, existen diferencias sustanciales en torno al costo y al gasto. El costo en el sector privado se encuentra relacionado a la inversión económica que se realiza para producir un bien o servicio productivo, en cambio, el gasto, está asociado a cuánto recurso económico se pierde al producir.

Es importante recalcar, que los sistemas productivos privados tienen por finalidad generar rentabilidad para la empresa y organización, sin necesariamente tener en cuenta el beneficio social, más bien, busca el beneficio de sus accionistas (o inversionistas) es lo que centra sus actividades, incluso en el sector salud.

En el sector público, se pueden encontrar una mixtura de situaciones con respecto a la producción de bienes y servicios, por ejemplo, empresas dependientes del estado, dependientes de municipios, empresas públicas con capitales privados, y empresas públicas que ponen a la venta un paquete de acciones en la bolsa.

Independientemente de la configuración de quienes producen bienes y servicios en el sector público, estas no generan rentabilidad privada, y sus resultados están orientados a un beneficio social. Por lo tanto, el costo y el gasto pueden ser considerados lo mismo.

En la literatura sobre economía y gestión en salud, el costo es utilizado como un término genérico que engloba tanto al público como el privado. En este trabajo, que analiza el SNS de Chile, para las regiones de Valparaíso y Metropolitana, utilizaremos el término de "gasto", como sinónimo de costo.

El concepto de gasto en salud, se organizan entorno a los gastos de calidad (Santiago Nofuentes, 2012), que se agrupan en:

i. Gasto directo

- Prevención
- Evaluación
- Errores internos
- Errores externos

ii. Gasto indirecto

- Internos
- Externos

El gasto directo, corresponde al desembolso efectivo y se refleja en los estados financieros de las instituciones.

Del gasto directo, se desprenden el gasto de prevención, correspondiente a recursos invertidos para la mejora de recursos materiales, talento humano, mejora de procesos y protocolos. El gasto de evaluación, corresponde a las revisiones de historias clínicas, satisfacción de usuarios, estudios de prevalencia, auditorías, entre otros; este gasto, no disminuye las pérdidas de calidad, como si lo hace el gasto de prevención.

Los gastos naturales producidos por errores o defectos detectados antes de entregar la atención de salud, se les conoce como gastos (errores) internos. Algunos gastos internos más conocidos, son los medicamentos caducados, análisis clínicos que deben repetirse, entre otros. Si se generan gastos internos, (Harrington, 1987), también se define los gastos (errores) externos, correspondiendo a los gastos que se generan por ser gastos insatisfactorios en el servicio entregado.

Dentro de los gastos externos, se encuentran errores de diagnóstico, tratamiento, estancias innecesarias, tiempos de espera, no atención, entre otros.

Según H. James Harrington (1987), los gastos externos, pueden considerarse como gastos resultantes, ya que tienen una relación directa sobre el abordaje sobre los gastos de prevención y evaluación. Esto quiere decir, "que el gasto externo, corresponde a todos los gastos por no hacer bien las cosas a la primera" (cita).

Con respecto a los gastos indirectos, revisten una complejidad mayor en su definición, por su relación sobre el gasto - oportunidad. En forma sintética el gasto indirecto son aquellos ingresos que no se generan como consecuencia de los gastos externos e internos.

Gasto indirecto interno y gasto indirecto externo, son gastos asociados al correcto uso de los recursos.

3.1.2 Tipos de Gastos Innecesarios

El gasto en salud puede ser agrupado en dos grandes conceptos, el primero sobre el gasto directo y el segundo sobre gasto indirecto. Para el fin de este trabajo, se abordará con mayor interés el gasto indirecto.

El gasto indirecto en salud, puede ser entendido como aquellos gastos generados por la insatisfacción usuaria (gasto indirecto externo), y gastos por no correcto uso de los recursos (gasto indirecto interno). Ambos gastos, pueden ser considerados gastos innecesarios.

En términos generales, los gastos innecesarios son gastos asociados a ineficiencia o "despilfarro" de recursos (Anselmi, Lagarde, y Hanson, 2018).

Para todos los sectores económicos, los costos asociados a calidad pueden superar el 30% de la producción total, entre ellos las ineficiencias (Más calidad menos coste, 2012: P.85).

3.1.3 Gasto Innecesario en Salud

Uno de los primeros escritos que identifica y categoriza distintos tipos de gastos innecesarios en salud, considerando la relación con el gasto nacional y el ahorro de

Intervenir las actividades que generan el gasto innecesario (o Waste in the Health Care System), es el presentado por Shrank, Rogstad et al (2019), que lleva por nombre "Waste in the US Health Care System. Estimated Costs and Potential for Savings", donde se realiza una recopilación de información y estudios entre el año 2012 a mayo 2019.

Para Shrank, Rogstad et al (2019), los gastos innecesarios en salud, se agrupan en: (1) ineficacia del equipo médico, (2) centro hospitalario, (3) sobre uso de medicamentos, (4) procedimientos que no mejoran la salud de la población, (5) corrupción, (6) exceso de exámenes, (7) hospitalizaciones innecesarias por descoordinación asistencial, (8) reingresos hospitalarios innecesarios, (9) uso excesivo de la atención en etapas de la tercera o cuarta edad (mayores a 60 años), (10) falta de adopción de atenciones preventivas, (11) complicaciones evitables, (12) otros asociados a la gestión administrativa y financiera.

El estudio determina que Estados Unidos, es uno de los países que más gasta en salud, con un 18% del PIB, y que de este gasto total, un 25% corresponde a gastos innecesarios. El valor de las hospitalizaciones innecesarias por descoordinación asistencial, bordea "entre 29.600 y 38.200 millones de dólares". Según el estudio, "Los costes totales anuales estimados del despilfarro fueron de 760.000 a 935.000 millones de dólares y el ahorro de las intervenciones que abordan el despilfarro fue de 191.000 a 286.000 millones de dólares".

Con respecto a las hospitalizaciones innecesarias por descoordinación asistencial, el informe sobre el "Derroche en el gasto en salud: revisión sistemática exploratoria", profundizan en las temáticas de fragmentación en salud, problemas de derivación y problemáticas entre niveles, reingresos hospitalarios, hospitalizaciones evitables, segunda visita por hospitalización prematura, sobre utilización de recursos.

3.2 Efecto financiero del gasto innecesario en los sistemas de salud

3.2.1 Financiamiento en Salud.

Para establecer mejor aún la necesidad de considerar el gasto innecesario en salud como una preocupación estratégica que al resolverla se convierte en una fuente de generación de eficiencia y mejores resultados en salud, se deben considerar las cuatro funciones esenciales de los sistemas de salud establecidas por la OPS/OMS.

1. Función de Financiamiento.

Dentro del financiamiento, se encuentran los objetivos del levantamiento de ingresos, la centralización (o mancomunidad), y la compra. Por lo tanto, se puede considerar que la función de financiamiento, es el impulsor central de las cuatro funciones principales del sistema de salud.

2. Función Rectora o de rectoría.

Tiene por objetivo generar las definiciones normativas, de supervisión y control en el sistema de salud, y es una responsabilidad que no puede ser realizada por un ente

privado, dado que, este tiene intereses particulares. Por lo tanto, esta función corresponde a una función exclusiva del estado.

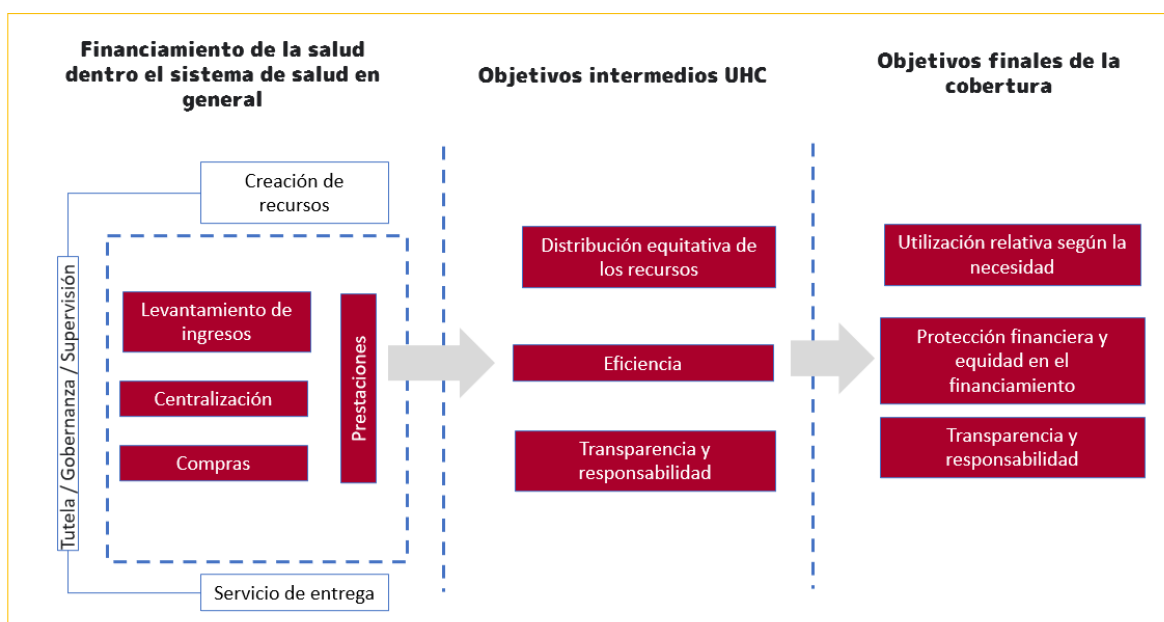
3. Función de entrega de bienes y servicios de salud.

En esta función se encuentran las actividades donde se entregan las atenciones de salud, mediante prestadores individuales (profesionales o técnicos de la salud) o prestadores instituciones (hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios, entre otros), de tipo público y privado.

4. Función de creación de recursos.

En esta función, se encuentran las actividades que deben robustecer el sistema de atención en salud. En sí es una función sensible, porque establece planes, programas e instancias de capacitación para el talento humano, conjuntamente con la inversión en equipos y equipamiento, como también, la construcción de consultorios, hospitales, e infraestructura crítica para la entrega de bienes y servicios de salud.

Figura 4: Marco de la OMS para la financiación de la salud y la cobertura universal de salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Financiamiento para la Cobertura Universal de la Salud. 2019.

3.2.2 Objetivos y actividades del Financiamiento en Salud

La función de financiamiento, se compone de tres objetivos que a la vez son actividades. Por un lado, el levantamiento de ingresos, corresponde a las actividades que contribuyen de forma efectiva en recursos financieros. Esta actividad, generalmente se realiza mediante el cobro de impuestos, cotizaciones obligatorias, seguros obligatorios, seguros voluntarios; gasto directo de bolsillo del usuario en formas de copago, compra de medicamentos, entre otros.

Con respecto al Copago, desde el año 2022, en Chile se establece el "Copago Cero", que entrega gratuidad total a usuarios en el sistema de salud público. Desde el lado del

sistema de salud, el Copago Cero⁸, es considerado como un recurso no percibido, Fonasa (Consulta por Ley de Transparencia, OFICIO ORDINARIO 1K N° 3930/2023)

Una vez que el levantamiento de ingreso se realiza, pasa a una etapa de centralización (o mancomunidad). En el caso de Chile para el sistema público de salud, la entidad encargada de la centralización es el Fondo Nacional de Salud, que a su vez, se encarga de distribuir los ingresos levantados.

La distribución de ingresos se realiza mediante los Servicios de Salud, que asigna los recursos en pago por atención, por población inscrita (per cápita) en los distintos niveles de salud, bonos por atenciones especiales, pagos asociados a medicamentos, a diagnósticos, e intervenciones en salud, entre otros.

Por lo tanto, el financiamiento como función esencial del sistema de salud, se compone de un ciclo ordenado, bien definido, que puede ser afectado por las funciones de entrega de bienes y servicios de salud, creación de recursos si no se tiene en cuenta que el sistema debe ser eficiente y equitativo. Para lo anterior, la función de rectoría debe y tiene por objetivo establecer análisis y estrategia de mejoras al ciclo de financiamiento.

3.2.3 Efecto del gasto innecesario en el financiamiento de Salud

En la búsqueda de un sistema de salud eficiente y equitativo, el gasto innecesario en salud es una situación no deseada y adversa a las funciones esenciales de entrega de bienes y servicios, creación de recursos, rectoría, y financiamiento. El gasto innecesario, es una expresión en sí, de aquellas funciones esenciales que no estarían cumpliendo sus objetivos en forma eficiente.

Según la definición de Berwick y Hackbarth (2012), el gasto innecesario se divide en 12 grupos, que son susceptibles de relacionarse con las funciones esenciales de los sistemas de salud. Esta definición, permite organizar las funciones esenciales de la siguiente forma:

1. **Función de rectoría**, se relacionan a los gastos innecesarios sobre: corrupción, la gestión administrativa y financiera.
2. **Sobre la función de entrega de bienes y servicios en salud**, el gasto innecesario relacionado es: ineficacia del equipo médico, sobre uso de medicamentos, exceso de exámenes, hospitalizaciones innecesarias por descoordinación asistencial, reingresos hospitalarios innecesarios, uso excesivo de la atención en etapas de la tercera o cuarta edad (mayores a 60 años), falta de adopción de atenciones preventivas, complicaciones evitables.
3. **Para la función de financiamiento**, se pueden encontrar gastos innecesarios relacionados a: la gestión administrativa y financiera.
4. Y finalmente, la deficiencia en la **función de creación de recursos**, quedaría expresada por los gastos innecesarios de: procedimientos que no mejoran la salud de la población, centro hospitalario. A este punto, se le debe agregar la

⁸ Cabe recordar, que el presente estudio tiene su horizonte de análisis en los años 2017, 2018 y 2019, pero, es importante establecer el Copago Cero como una variable de análisis posterior, dado que elimina las barreras económicas en la atención pública de salud.

falta de inversión tecnológica, y actualización de conocimientos en equipos multidisciplinarios en salud.

En efecto, la gran cantidad de gastos innecesarios sobre la función de entrega de bienes y servicios de salud, le exige al financiamiento un mayor esfuerzo en el levantamiento de ingresos, centralización y distribución de recursos, por ende, debilitando la rectoría del sistema, y con esto relegar la creación de recursos como una preocupación mucho menor y sin posibilidades de mejoría.

En consecuencia, el gasto innecesario al presionar la función de financiamiento, provoca que el sistema de salud como función de desarrollo social estratégica en los países, se enfoque en el sistema de atención como una función operativa y productora de atención. Esto quiere decir, que la evaluación del desempeño de los sistemas de salud se percibe como un sistema productivo y no de bienestar social en todas sus dimensiones.

3.3 Desempeño en Salud

3.3.1. Desempeño en salud

Con respecto al desempeño en salud, la OMS en su "Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud", realizada el año 2001, donde se categoriza y conceptualizan los sistemas de salud, la evaluación del desempeño en salud, y la eficiencia en salud.

La citada Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, puede ser considerada como un punto de inflexión para los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas en el abordaje sobre la evaluación de desempeño. Siendo uno de los temas más relevantes la diferenciación de los enfoques que conceptualizan a los sistemas de salud para el abordaje del desempeño y que se entiende como eficiencia.

Ciertamente, el desempeño en salud y la eficiencia se ha utilizado como sinónimo, lo que dificulta establecer metodologías de evaluación para las funciones esenciales en los sistemas de salud.

En ese sentido, inicialmente la OMS plantea que el sistema de salud es un concepto estrecho, que considera sólo las actividades realizadas por los Ministerios de Salud, relegando la participación privada y la participación comunitaria, complementando esta visión, con un segundo enfoque que basa la definición de un sistema de salud, como las actividades de atención médicas individuales y colectivas, dejando ingresar de forma implícita actividades que pueden ir más allá de la rectoría de los Ministerios de Salud, excluyendo la intersectorialidad.

En un tercer aspecto, la OMS abre la conceptualización estrecha mencionada en el párrafo anterior, para establecer "qué cualquier medida que sea en bienestar de la población, sea o no intersectorial, es parte del sistema de salud". Se entrega un enfoque final, que establece que "el sistema de salud comprende toda medida que directa o indirectamente contribuye a mejorar la salud".

Los cuatro focos expuestos, tienen en común que existen responsables detrás (y en frente) de los sistemas de salud. Sin embargo, difieren al momento del abordaje desde lo individual, lo colectivo, en su función de rectoría, y en las entregas de bienes y servicios de salud.

Este marco, permite a la OMS relacionar los enfoques que define un sistema de salud, con las formas de desempeño de la salud y la eficiencia en salud. Manteniendo el bienestar de la población como el fin máximo de los sistemas de salud.

Con esto, ya se puede reconocer factores intermediarios entre el estado de bienestar de la población, y la función de entrega de bienes y servicios en salud. Que como respuesta, genera la necesidad de tener sistemas eficientes y equitativos. En este punto, se comienza aclarar qué se entiende por evaluación de desempeño en salud, y la medición de la eficiencia en salud.

La discusión planteada por la OMS, refiere explícitamente que más recursos y cobertura de atención, no genera necesariamente una mejor salud o grado de bienestar en las poblaciones, por lo que, es importante contrastar los recursos utilizados con los resultados en salud, siendo esta relación lo que conocemos como eficiencia (relación entre recursos utilizados y resultados). Por lo tanto, los indicadores de eficiencia, deberían considerarse en la evaluación del uso de recursos en los factores intermediarios: "Entre ellas cabe tener en cuenta la accesibilidad física y económica de los servicios, su efectividad y su calidad. Asimismo, hay que identificar ciertas intervenciones clave (o condiciones de importancia crítica) cuya cobertura deberá medirse invariablemente" (OMS, 2000).

Consecutivamente, al considerar factores intermediarios que deben medirse en términos de eficiencia, la OMS, considera que al adoptar una definición amplia de sistema de salud, la evaluación de desempeño, debería considerar:

1. la medición del grado en que se logran las metas;
2. la medición de los recursos pertenecientes al sistema de salud y a otros sectores que se pueden usar para alcanzar estos resultados;
3. el cálculo de la eficiencia con que los recursos se utilizan para lograr estos resultados;
4. la evaluación de cómo las funciones del sistema influyen en los niveles observados de productividad y eficiencia;
5. el diseño y la adopción de políticas para mejorar la productividad y la eficiencia.

A simple vista, la evaluación de desempeño engloba los conceptos de eficiencia y productividad⁹, diferenciándose explícitamente a la evaluación de desempeño en salud como el grado de cumplimiento de los objetivos de los sistemas de salud, y el nivel de influencia de la eficiencia o ineficiencia producida en las funciones esenciales de salud.

Con respecto a las funciones esenciales, la OMS, extendiendo estas últimas a 11 definiciones:

1. Monitoreo y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.

⁹ La productividad se encuentra relacionada a un indicador del uso de la capacidad instalada de atención en salud.

3. Promoción de la salud.
4. Participación social y empoderamiento de los habitantes en materia de salud.
5. Diseño de políticas, planificación y capacidad gerencial para apoyar las actividades en salud pública y la función rectora de las autoridades de salud nacionales.
6. Regulación de la salud pública y cumplimiento de las leyes adoptadas.
7. Evaluación y promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud indispensables.
8. Desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en salud pública.
9. Garantía de la calidad de los servicios dirigidos a las personas individualmente y a la población.
10. Investigación, desarrollo y adopción de soluciones innovadoras en el campo de la salud pública.
11. Reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud.

Finalmente, la OMS, refiere que uno de los grandes desafíos es establecer capacidades dentro de los países miembros ONU, para la definición de información mínima requerida, indicadores de eficiencia comparable entre países, sistema de información interconectados para la evaluación del desempeño, y finalmente, la creación de talento humano que sea capaz de procesar y analizar de forma oportuna, coherente a las necesidades de la población, y de forma confiable.

3.3.2 Indicadores de desempeño (sistema y Outcome)

Por su lado, la OPS/OMS, refiere que la evaluación del desempeño de los sistemas y servicios de salud, se centran en medidas de productividad del nivel hospitalario (nivel terciario), y de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) que compone el nivel primario y a veces secundario de los sistemas de salud.

El desempeño de la APS, se ha comenzado a evaluar desde los años ochenta mediante el Indicador de las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (en inglés Ambulatory Care Sensitive Conditions), que establece una relación entre las hospitalizaciones que hubieran sido evitables mediante una atención en el primer nivel de atención y su desempeño indirecto como nivel primario de atención.

Dentro del material obtenido, destaca el correspondiente al Compendio de Indicadores del Impacto y Resultados Intermedios, inserto en la Planificación Estratégica 2014 a 2019 de la OPS/OMS. "El compendio fue preparado por la Oficina en colaboración con el Grupo de Trabajo de los Países para el Plan Estratégico 2014-2019. Este grupo fue establecido por el Comité Ejecutivo en su 153.^a sesión, de acuerdo con lo dispuesto por el 52.^o Consejo Directivo en la resolución CD52.R8, y estuvo integrado por 12 Estados Miembros: Bahamas, Brasil (presidente), Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador (vicepresidente), Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay y Perú" (Compendio de Indicadores del Impacto y Resultados Intermedios, OPS/OMS, 2014).

El Compendio de Indicadores del Impacto y Resultados Intermedios, se divide en dos secciones: 1) Compendio de Indicadores del Impacto, que expone las nuevas metas de los impactos a medir; 2) Compendio de indicadores de resultados intermedios, que entrega seis categorías de desarrollo. Dentro de estas categorías de indicadores de resultados intermedios, se encuentra la categoría de Sistemas de Salud, siendo su

subcapítulo, el de "Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad".

Para los Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad; el título del indicador es "Servicios de Salud Centrados en las Personas y las Comunidades", y tiene por nombre "Número de países que han reducido por lo menos en 10% las hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio". Este indicador, también recibe el nombre de "Hospitalizaciones Evitables".

El 10% referenciado en el Compendio de Indicadores y Resultados Intermedios, indica que cada año los países deberán ir reduciendo en un 10% la tasa de hospitalizaciones evitables en términos de egresos hospitalarios, y en gasto innecesario por días de estada. Tanto los egresos como el gasto por días de estada innecesarios, son relacionados a un set de patologías CIE - 10, definidas.

A nivel latinoamericano, los estudios más importantes están desarrollados a solicitud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), mediante la publicación de "Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención Primaria en Salud", que considera el análisis por países, a saber: Colombia, México, Perú, Costa Rica, Paraguay, Argentina. Al análisis por país, la Serie, contempla un documento de discusión ("Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: Revisión exploratoria de la evidencia de eficacia de la atención primaria en salud en la prevención de hospitalizaciones evitables") que establece una revisión sistemática de los estudios existentes en el mundo al 2012, separando aquellos de tipo cualitativo con los de eficiencia, y estudios que hayan considerado ambos enfoques.

Con respecto a los aspectos estudiados con más frecuencia mediante el indicador, corresponden a qué patologías se deben considerar como evitables en centros hospitalarios, o, susceptibles de cuidado en el nivel de Atención Primaria de la Salud.

3.3.3 Indicadores y gasto innecesario en Salud

Como segunda derivada y de tendencia en los últimos 10 años, corresponde al estudio del gasto innecesario a nivel hospitalario asociado a las patologías, mediante un valor promedio del costo de día cama ocupado. Con esto, el indicador ya define dos enfoques particulares para su estudio, el primero con respecto al impacto de la productividad hospitalaria por la atención de las patologías consideradas evitables; y el segundo, con respecto a la ineficiencia de recursos o gasto innecesario por atender estas patologías consideradas evitables de atender en el nivel hospitalario.

En los estudios existentes desde estos dos focos (productividad, y gasto evitable), no existen autores que lideren el tema, más bien, quienes lideran la producción de conocimiento, información, y metodologías son las organizaciones internacionales como, el Banco de Desarrollo Interamericano, la Organización Panamericana y Mundial de la Salud, y centros de estudios de distintos países.

Dentro de los principales argumentos para el análisis del indicador desde los focos de productividad y gasto innecesario, se menciona la necesidad de entregar información sistematizada sobre cómo los programas, iniciativas, focalización de los recursos está impactando el estado de salud de las personas. La discusión más central se encuentra en la definición de patologías que deben ser consideradas como evitables, esto, porque

podrían existir patologías no definidas en el referente mundial OPS/OMS (tabla de patologías asociadas a las hospitalización evitables, que por variables territoriales, podrían estar presentes con mayor frecuencia en las estadísticas de hospitalizaciones, y efectivamente podrían ser susceptibles de cuidados en la APS, por tanto, se considera una hospitalización evitable.

Tabla 2: Definición de grupos para hospitalizaciones evitables OPS/OMS por códigos CIE-10.

	Patología	Clasificación acuerdo a CIE-10
1	Enfermedades prevenibles por vacunación	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19
2	Condiciones evitables que incluyen fiebre reumática, sífilis, tuberculosis y tuberculosis pulmonar	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
3	Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	E86, A00-A09
4	Anemia	D50
5	Deficiencias nutricionales	E40-E46, E50-E64
6	Infecciones de odio, nariz y garganta	H66, J00-J03, J06, J31
7	Pneumonia bacteriana	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
8	Asma	J45-J46
9	Enfermedades de vías respiratorias bajas	J20, J21, J40-J44, J47
10	Hipertensión	I10-I11
11	Falla cardíaca congestiva	I20
12	Insuficiencia cardíaca	I50, J81
13	Enfermedad cerebro vascular	I63-I67, I69, G45-G46
14	Diabetes mellitus	E10-E14
15	Epilepsia	G40-G41
16	Infecciones renales y de vías urinarias	N10-N12, N30, N34, N39
17	Infecciones de piel y tejido subcutáneo	A46, L01-L04, L08
18	Enfermedad pélvica inflamatoria	N70-N73, N75-N76
19	Úlcera gastro intestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
20	Enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	O23, A50, P35.0

Fuente: Pan American Health Organization PAHO/WHO 2014

En el campo de la práctica de indicadores de desempeño de los sistemas de atención, la centralidad de su desarrollo con respecto al conocimiento y los esfuerzos de investigación, se encuentran en el análisis del efecto de la hospitalización evitable en términos de la calidad de la APS. Mediante la medición de la productividad hospitalaria, y en un segundo enfoque, desde el gasto innecesario por patologías susceptibles de cuidado en la APS.

Otro de los trabajos de mayor relevancia para la construcción del Marco Teórico, corresponde al realizado por Pinzón Flórez CE, & Chapman E, & Panisset U, & Arredondo A, & Fitzgerald J, & Reveiz L. Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la "Salud Universal" en América Latina y el Caribe. Rev. Panam. Salud Publica. (2016;39(6). p. 330-40).

La publicación, busca un set de indicadores que permitan la validación del avance en términos de Salud Universal para América Latina y el Caribe. teniendo por método "una búsqueda sistemática de evidencia científica y documentos técnico científicos disponibles sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud y del avance en Salud Universal en las siguientes fases: fase 1 de mapeo de indicadores, fase 2 de clasificación de indicadores, y fase 3 de mapeo de la disponibilidad de indicadores seleccionados en ALC".

Luego de una revisión de 2384 fuentes electrónicas, y 71 fuentes oficiales sobre indicadores (Ministerios de Salud, observatorios, Secretarías de Salud, entre otras). El trabajo, finalmente llega a un compendio reducido de 141 indicadores relacionados,

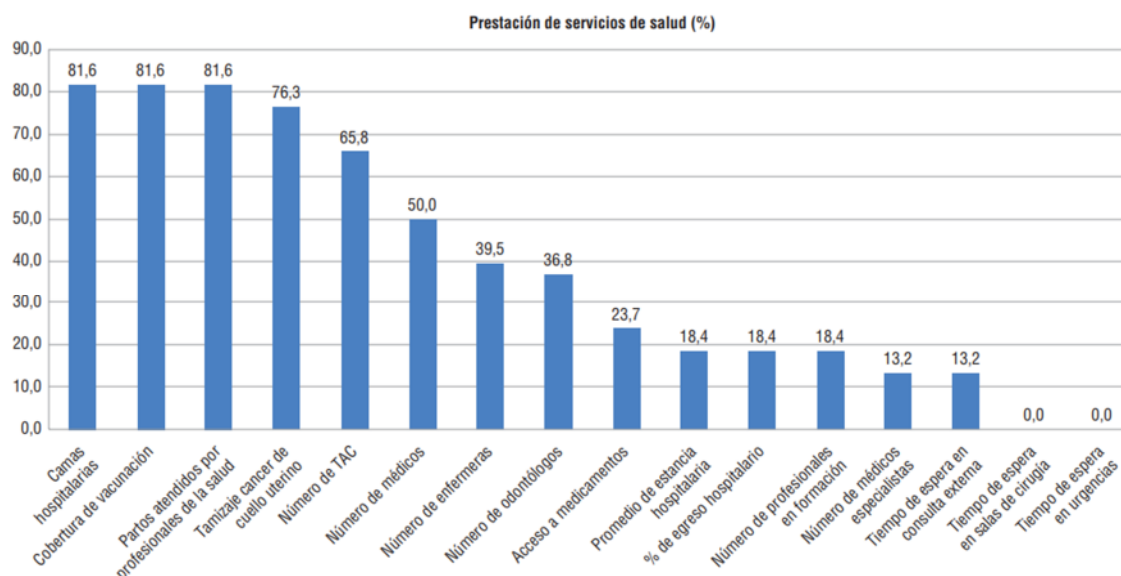
Tabla 3: Indicadores identificados para evaluar varias dimensiones de la Salud Universal

Dimensión	n	%		
Protección financiera	42	5,2	Equidad	55 7,3
Gasto en salud	31	73,8	En acceso	20 36,4
Gasto de bolsillo	6	14,3	En financiamiento	11 20
Gasto catastrófico	4	9,5	En prestación de servicios	15 27,3
Gasto de investigación en salud	1	2,4	En resultados en salud	9 16,3
Cobertura de prestaciones de servicios	415	55,4	Carga de enfermedad	130 17,4
Acceso	40	9,7	Enfermedades crónicas no transmisibles	32 24,6
Utilización	214	51,3	Enfermedades de transmisión sexual	7 5,4
Calidad	161	39,0	Salud infantil	11 8,5
Cobertura poblacional	6	0,8	Salud materna	2 1,6
Cobertura poblacional	3	50,0	Cáncer	18 13,8
Facilitadores	1	16,7	Enfermedades transmitidas por vectores	15 11,5
Barreras	2	33,3	Evaluación sociodemográfica	8 6,2
Determinantes de la salud	101	13,5	Salud mental	12 9,2
a) Estructurales			VIH*/Sida	3 2,3
Ingreso	36	85,7	Violencia y accidentes	3 2,3
Educación	6	14,3	Enfermedades infecciosas	19 14,6
Subtotal	42	100		
b) Intermedios				
Pobreza	40	67,7		
Desempleo	6	10,2		
Disponibilidad de alimentos	5	8,5		
Habitado de fumar	4	6,8		
Consumo de alcohol	4	6,8		
Subtotal	59	100		

Fuente: "Salud Universal" en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(6):330-40

Se presenta un gráfico de la relación de indicadores para la dimensión de servicios de salud en 39 países, donde se puede observar la baja presencia de indicadores que consideren los egresos hospitalarios y el promedio de días de estancia. Muy por debajo de indicadores de acceso a medicamentos, números de profesionales (odontólogos, enfermera, médicos), tamizaje, partos atendidos, cobertura de vacunación, y camas hospitalarias.

Gráfico 4: Disponibilidad de indicadores para la dimensión de prestación de servicios de salud en 39 países



Fuente: "Salud Universal" en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(6):330–40

3.4 Hospitalizaciones evitables y sus aplicaciones

3.4.1 Por egresos

Los egresos hospitalarios permiten a administradores y gestores de los sistemas de salud, tomar decisiones estratégicas que pueden mejorar la atención en salud, la definición de los recursos financieros y humanos requeridos, e incluso las formas de pagos.

Vicente Ortún et al (2012), en su trabajo sobre sistemas de pago de los egresos hospitalarios para el Fonasa, mencionan que "una asignación que tuviera en cuenta tan sólo la capacidad instalada tomaría la información sobre costo observado por egreso y el tipo de hospital para calcular el costo esperado".

Lo que mencionan los autores, es que al dejar de lado el análisis de los egresos, se generan dos escenarios. El primero con respecto a la proyección de un gasto superior a su producción, lo que exigiría al sistema asignar una mayor cantidad de recursos; hacía el otro sentido, podría existir una subestimación de la proyección del gasto, y por ende, recursos asignados que no permitirían solventar la oferta necesaria.

Por el lado de la calidad de la atención, los egresos hospitalarios permiten establecer indicadores de calidad, análisis sobre la cantidad de readmisiones para establecer planes de mejora, la satisfacción usuaria en el proceso de alta médica, entre otros.

De esta forma, a diferencia de los indicadores de utilización de cama, o del índice de rotación de camas, el indicador de hospitalizaciones evitables permite focalizar los recursos en aquellas patologías, práctica clínica y unidades de atención, con el objetivo de disminuir los días de estada por hospitalizaciones evitables.

El estudio OPS/OMS sobre el “Efecto en la actividad hospitalaria de condiciones de salud susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención. 2015 - 2017”, menciona que las diferencias entre evaluar la producción hospitalaria y la focalización clínica mediante el análisis de egresos sólo desde la capacidad instalada no permitiría entregar un marco de eficiencia con equidad en salud. Es así, como las hospitalizaciones evitables y su relación con los egresos hospitalarios, evidencia el nivel de producción hospitalaria innecesaria dentro de un complejo asistencial

Dentro de las aplicaciones del indicador de hospitalizaciones evitables, es ser un indicador indirecto de la capacidad de resolución de la Atención Primaria de la Salud), dado que, existe una correlación y causalidad entre el desempeño de la Atención Primaria de la Salud y las Hospitalizaciones evitables.

Otra de las potencialidades importantes del indicador de hospitalizaciones evitables, se relaciona con la cantidad de días de estada por egreso hospitalario.

3.4.2 Por días de estada

Sobre las evaluaciones de los recursos en salud, existe claridad que “la mayoría son de una alta complejidad técnica, tales como la técnica Data Envelopment Analysis (DEA) que requieren como información los egresos ponderados por el peso relativo de los IR-GRD, las camas disponibles, el personal del hospital, y el gasto en bienes y servicios” (Artaza, 2019)

Las metodologías expuestas en el párrafo anterior, al explicitar la necesidad de un alto conocimiento técnico y del sector salud donde se aplican herramientas relacionadas para la determinación del gasto, la toma de decisiones para la mejora de la gestión y focalización de las acciones para la disminución del gasto, dificulta la toma temprana de planes de mejora del gasto, y en el mejor de los casos su reducción.

En términos del indicador de hospitalizaciones evitables, este utiliza la cantidad de días de estada (o estadía) por patologías susceptibles de cuidado en la Atención Primaria de la Salud y lo pondera por un precio base de día cama ocupado. El resultado de esta operación, se conoce como gasto innecesario en salud.

La aplicación del gasto innecesario desde el indicador de hospitalizaciones evitables, permite a diferencia de otras metodologías, organizar la información por patologías y su gasto relacionado, de manera simple y concreta.

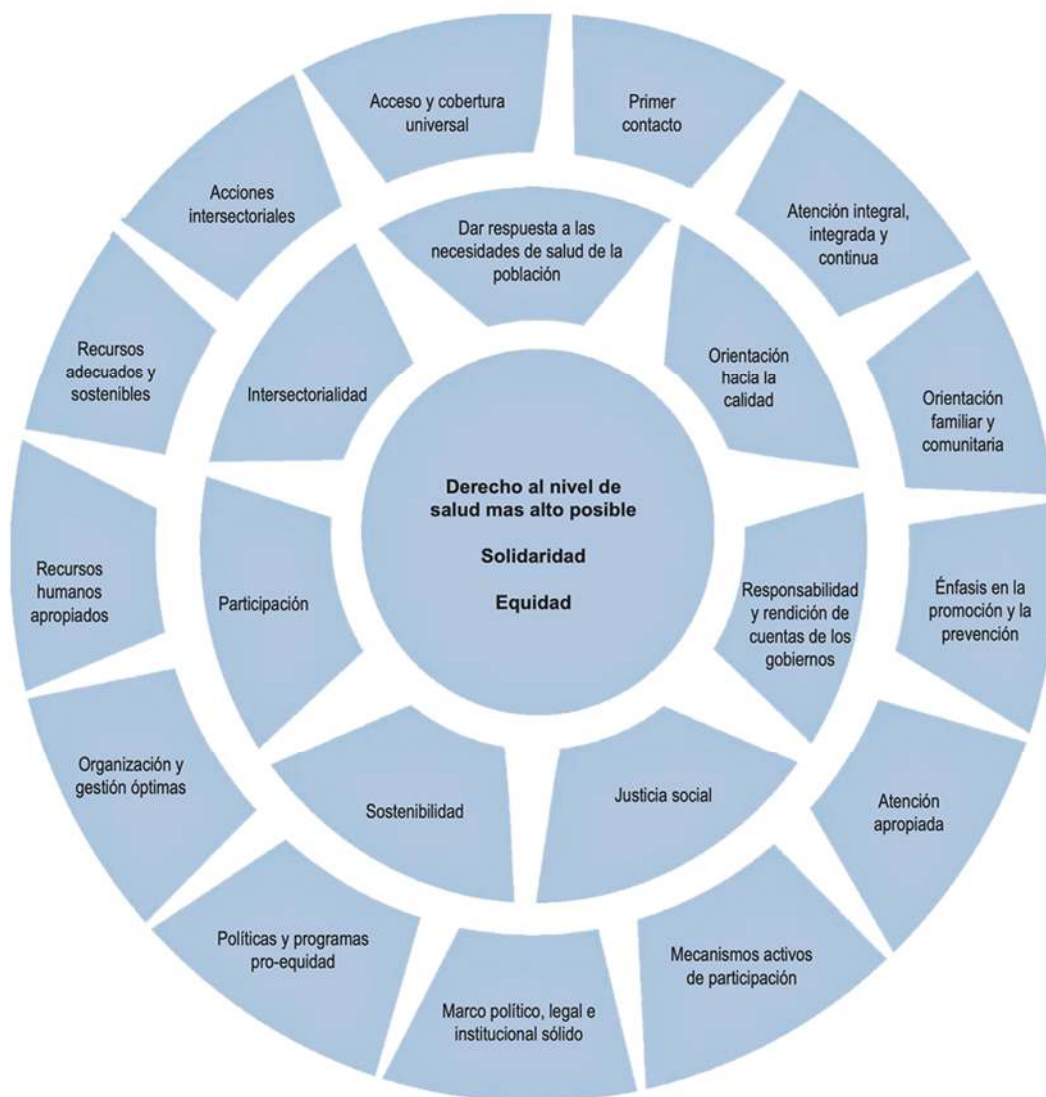
3.4.3 Integralidad del sistema

Chile ha optado por las estrategias de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Para la OPS, las RISS como estrategia, busca “contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en APS y, por lo tanto, a la prestación de servicios de salud que sean más accesible, equitativos, eficientes y de mayor calidad técnica, y que cumplan mejor las expectativas de las poblaciones”.

También, la OPS considera que las RISS representan “una de las principales expresiones operativas de los sistemas de salud basados en APS a nivel de servicios de salud, ayudando a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales, como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, atención adecuada,

organización y gestión óptimas, orientación familiar y comunitaria, y acción intersectorial, entre otros.

Figura 5: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en APS



Fuente: Organización Panamericana y Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud (paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud)

Dentro del desafío más importante de la estrategia de RISS, es superar la fragmentación de los sistemas de salud (Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, 2010).

Figura 6: Entorno y condiciones para el desarrollo de servicios de salud integrados



Fuente: Redes Integradas Servicios de Salud OMS

Como las RISS se basan en la Atención Primaria de la Salud, y el indicador de hospitalizaciones evitables al ser un "indicador indirecto de la capacidad de los servicios, de la reducción de costos hospitalarios y mejora de la eficiencia" (Rodríguez Abrego G, 2012); es utilizado como un indicador de la integralidad del sistema de atención en salud.

Se debe destacar, que el indicador de hospitalizaciones evitables, al ser un indicador indirecto de la integralidad del sistema de salud, debe ser considerado como un indicador complementario de la toma de decisiones para la detección de ineficiencias en la Atención Primaria de la Salud. Pero, no debe ser considerado como el indicador de excelencia, debiéndose complementar con información socioeconómica del contexto evaluado. Lo último, puede ser sistematizado mediante el enfoque de la Determinación Social de la Salud.

3.4.4 Determinantes Sociales de la Salud.

Dentro del Compendio de Indicadores del Impacto y Resultados Intermedios, contenido en el proceso de Plan Estratégico 2014 a 2019 de la OPS/OMS; se menciona que el indicador de hospitalizaciones evitables tiene limitaciones claras sobre que consideraciones tomar al momento de implementarlo con un indicador trazador: "El resultado de este indicador debe interpretarse con relación a la situación en cada país, porque la demanda de hospitalización en algunos lugares puede estar relacionada con la disponibilidad de recursos y las deficiencias del sistema de salud. Por lo tanto, es importante considerar otros elementos que afectan la capacidad resolutoria de la red de servicios para evaluar este indicador" (Compendio de indicadores del impacto y resultados intermedios, Organización Panamericana y Mundial de la Salud. 2014).

A la vez, el indicador de hospitalizaciones evitables se encuentra dentro del set de indicadores para la toma de decisiones en Estrategias para la Universalización en Salud, “que brinda un marco único para mejorar la salud y el bienestar de todas las personas mediante el desarrollo de políticas inclusivas, sistemas de salud robustos y receptivos, además de acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud” (Efecto en la actividad hospitalaria de condiciones de salud susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención, Organización Panamericana y Mundial de la Salud. 2017)

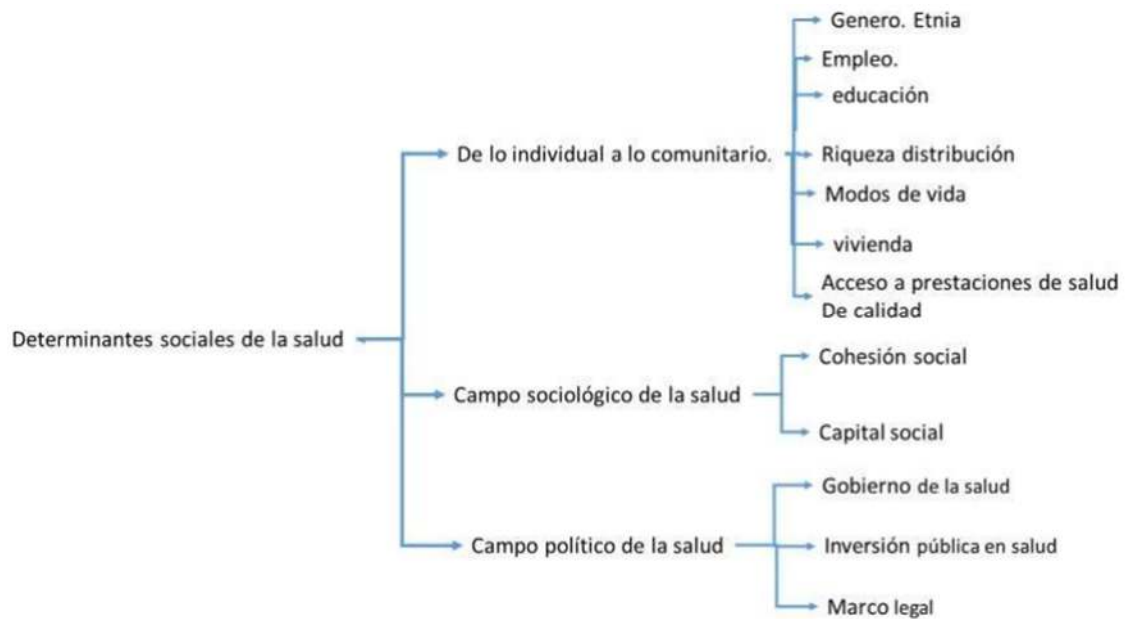
Rasanathan K. refiere “que la APS y los servicios de salud no son el único factor contribuyente para mejorar el estado de salud de una población. En el contexto de los determinantes sociales de la salud (DSS), se considera que inequidades en la salud no son causadas sólo por la falta de acceso a los servicios de salud, sino por la influencia de las desigualdades en otro sectores, como la vivienda, la ocupación (empleo), la educación o los ingresos. Por lo tanto, la acción en los DSS involucra a toda la sociedad, pero el sector de la salud tiene un papel clave para avanzar hacia la equidad en la salud y promover acciones intersectoriales”.

En ese sentido, para este trabajo, se hará hincapié a las DSS, como factores fuera de los servicios de salud, que modifican y determinan el tránsito de vida de las personas, comunidades y países a lo largo de su historia.

“Las principales desigualdades en salud no provienen de factores biológicos o genéticos, sino de los estilos de vida, de los servicios de salud y de la riqueza de un país (fundamentalmente de la desigual distribución del ingreso). Dentro de los determinantes de la salud existen dos grupos: A. Determinantes Estructurales, B. Determinantes intermedios. El determinante estructural incluye dos dimensiones, la primera es el contexto socioeconómico y político y la segunda es la dimensión de la estructura social. (Universidad ISalud, Gestión Estratégica de Servicios de Salud, 2020).

Con respecto a los determinantes intermedios, son de suma importancia, porque establecen una relación con el empleo, la situación laboral y la precariedad en caso de que corresponda, los riesgos físicos en el trabajo, la organización y el entorno psicosocial. Sumado a esto, se encuentra la carga de trabajo no remunerado del hogar y el cuidado de las personas, el nivel de ingreso y la situación patrimonial, la calidad de las viviendas y sus equipamientos, área de residencia o barrio y sus características. (Universidad ISalud, Gestión Estratégica de Servicios de Salud, 2020).

Figura 7: Determinantes Sociales de la Salud

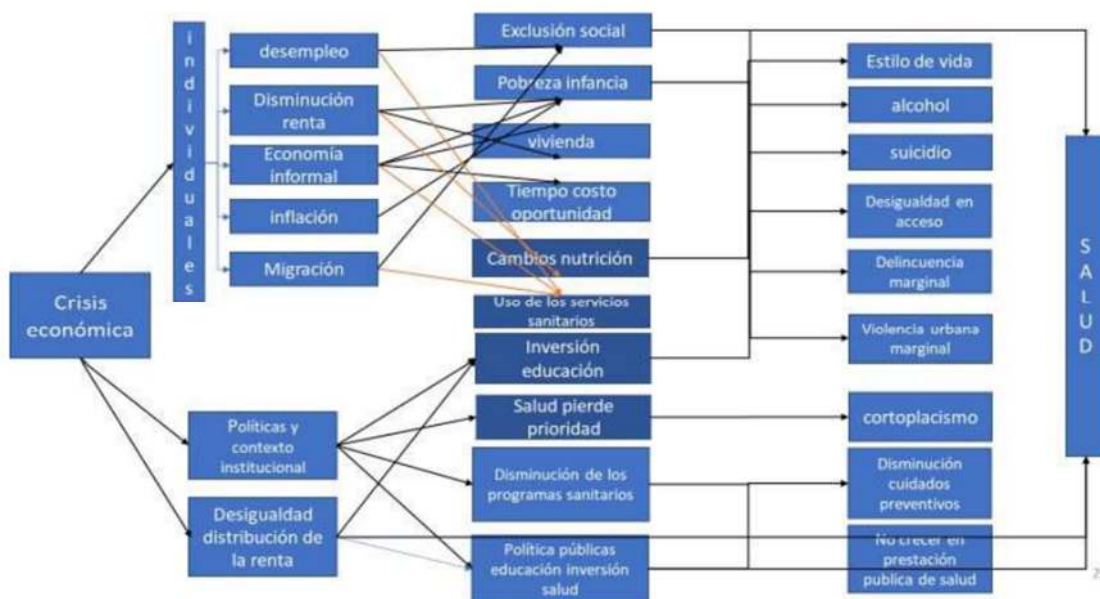


Fuente: Universidad Isalud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud

los DSS, considera todo lo que no podría tomar el indicador de hospitalizaciones evitables, que como se menciona en párrafos anteriores, actúa como un indicador que debe ser de apoyo y complementado con diversa información del contexto.

En el contexto de la población estudiada mediante el indicador de hospitalizaciones evitables, se podrían explicitar relaciones socioeconómicas, tan complejas como la determinación social de forma individual sobre las personas, de forma colectiva, e incluso los generados por leyes y constituciones vigentes.

Figura 8: Determinantes Sociales en contexto de Crisis



Fuente: Universidad Isalud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud

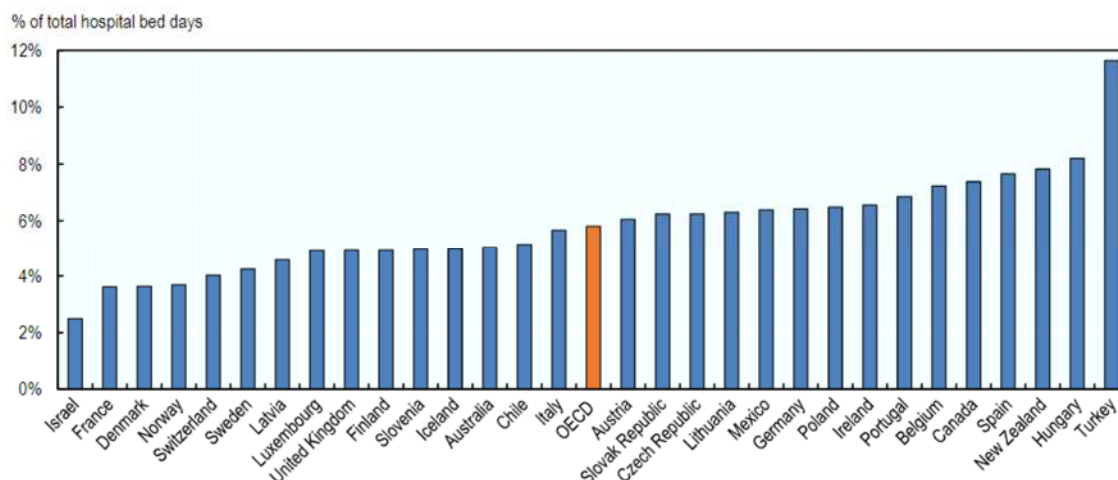
3.5 Algunos resultados del uso de indicadores de hospitalizaciones evitables

Con respecto a los resultados en términos internacionales, la OCDE en el año 2019 publica el estudio sobre “El Potencial de la Atención Primaria para la Salud”, que dedica un capítulo completo sobre las hospitalizaciones evitables en el contexto de la eficiencia de los sistemas de atención.

Cómo resultado general, evalúa cinco causas de salud que generan hospitalizaciones evitables, teniendo como resultado que los cinco países con mayor cantidad de uso de cama por hospitalizaciones evitables, son (de mayor a menor): Turquía, Hungría, Nueva Zelanda, España, Canadá.

Chile, se sitúa levemente bajo el promedio OCDE, teniendo un mejor resultado que países como México, Alemania, Polonia, Austria entre otros. En cambio, tiene resultados más negativos que Austria, Islandia, Francia, e Israel, solo por mencionar algunos.

Gráfico 5: Porcentaje de ingresos hospitalarios potencialmente evitables debido a cinco afecciones crónicas como porcentaje del total de días de cama año 2016



Fuente: OECD. Health Policy Studies: Realising the Potential of Primary Health Care.

En términos de gasto innecesario por hospitalizaciones evitables en países OCDE, el promedio es de 843 millones de dólares, con un costo promedio unitario de día cama ocupado de 532 dólares.

Los países con mayor gasto innecesario por hospitalizaciones evitables, se destacan Francia (2,327 millones de dólares), Alemania (7.128 millones de dólares), Italia (1.552 millones de dólares), España (1.175 millones de dólares), y el Reino Unido (1.615 millones de dólares).

Con respecto a Chile, el gasto es de 58 millones de dólares, siendo el país con el gasto innecesario más bajo de Latinoamérica, siendo superado levemente por México, con un gasto innecesario de 60 millones de dólares.

Tabla 4: costo de la hospitalización evitable por condiciones crónicas en 30 países de la OCDE 2016

	Number of hospital bed days	Unit cost of hospital bed days (secondary hospital)	Cost in USD (million)
Australia	1 176 886	660	777
Austria	1 097 267	666	731
Belgium	872 987	625	545
Canada	1 827 485	606	1 108
Chile	516 240	113	58
Czech Republic	1 226 609	255	313
Denmark	162 691	826	134
Finland	390 616	678	265
France	3 994 807	582	2 327
Germany	12 084 564	590	7 128
Hungary	1 522 572	184	280
Iceland	12 088	704	9
Ireland	240 666	821	198
Israel	226 710	347	79
Italy	3 124 832	497	1 552
Latvia	117 965	173	20
Lithuania	319 203	166	53
Luxembourg	32 627	1 852	60
Mexico	1 362 369	113	154
New Zealand	398 323	375	149
Norway	177 011	1 371	243
Poland	3 136 231	160	502
Portugal	458 124	293	134
Slovak Republic	488 094	211	103
Slovenia	126 992	342	43
Spain	2 597 803	452	1 175
Sweden	357 999	707	253
Switzerland	482 199	901	434
Turkey	6 197 769	113	700
United Kingdom	2 800 763	577	1 615
Total	47 530 492	-	21 142
Average	1 584 350	532	843

Fuente: OECD. Health Policy Studies: Realising the Potential of Primary Health Care.

Dentro de la literatura sobre resultados de salud en Europa, la cantidad de artículos es importante, pero para efectos de esta tesis, y abrir la discusión en términos de la determinación social de la salud, se puede mencionar el trabajo realizado por Salvador Peiró y Enrique Bernal-Delgado, "Hospitalizaciones evitables. ¿Quién soporta la carga de la prueba?", que destaca los inicios de los estudios de hospitalizaciones evitables a fines de los años 80, específicamente con el trabajo de Billing sobre la efectividad de los cuidados en APS.

Los autores, referencian que la literatura sobre hospitalizaciones evitables en los primeros años del siglo XXI se desarrolla en "entorno de Estados Unidos, donde se ha mostrado que las tasas de hospitalizaciones evitables son más altas en las áreas más pobres, con menor nivel educativo, en las áreas suburbanas de las grandes ciudades, en algunos grupos étnicos, en personas sin cobertura sanitaria y en las zonas urbanas con menor oferta de médicos. En Europa estas asociaciones no son tan obvias. Por ejemplo,

los trabajos de Carmen Casanova no encontraron que el nivel socioeconómico se asociara con las tasas de hospitalizaciones evitables en el entorno del Sistema Nacional de Salud español (SNS)”.

Bajo este marco, lo expuesto por Peiró y Enrique Bernal-Delgado, concluye que las diferencias de las causas y el abordaje del indicador de hospitalizaciones evitables, corresponde a que España tiene una APS mucho más desarrollada donde “el aseguramiento es universal o casi universal de la salud” y la preocupación está en la calidad de la atención, mientras que, en Estados Unidos, las preocupaciones están centradas en la cobertura, acceso, y una cartera de servicios con una oferta acorde a las demandas en salud.

3.2 Hipótesis

En Chile, los Servicios de Salud de la región de Valparaíso tienen una tasa mayor de egresos e impacto en el financiamiento de la salud por costos innecesarios en hospitalizaciones evitables (atenciones susceptibles de cuidado en la Atención Primaria de la Salud) en comparación con los Servicios de Salud de la región Metropolitana.

4. Metodología

Se inicia con la caracterización de la red de servicios de atención en salud de la región de Valparaíso y la región de Santiago, en términos de brechas de personas, número de camas, hospitales, Centros de Salud Familiar, y número de atenciones por egreso hospitalarios según CIE-10.

Las hospitalizaciones evitables son definidas por la OPS/OMS según patología CIE -10, luego de esto, se utiliza la información pública sobre egresos hospitalarios para el horizonte de tiempo definido.

Se construyen los indicadores de hospitalizaciones evitables por egresos hospitalarios, y días de estancia, para su comparación.

Con los días de estancia definidos, más la tabla de valores económicos de Día Cama Ocupada (DCO), se ponderan en dólares según sus años correspondientes, para así obtener el gasto innecesario de forma anual.

Ya con el gasto innecesario, este se compara al presupuesto entregado a los Servicios de Salud de la región de Valparaíso y Metropolitana, obteniendo el impacto económico de las hospitalizaciones evitables, año por año.

4.1 Tipo de estudio

El presente trabajo, es un estudio de tipo descriptivo de incidencia con un abordaje transversal, basado en la tabla OPS/OMS de patologías asociadas a hospitalizaciones evitables caracterizadas y agrupadas según CIE - 10.

4.2 Dimensiones, variables, indicadores

El estudio consta de tres partes, la primera aborda el indicador de hospitalizaciones evitables, utilizando información pública del Departamento de Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile. La información contiene variables de egresos hospitalarios, días de estancia, patologías, y diagnósticos según la categoría CIE - 10, distribuida por Servicios de Salud, hospitales, comunas, y regiones. Esta información es sistematizada para generar los indicadores de hospitalización evitables para los años 2018, 2019, 2020, en términos de egresos innecesarios, y días de estancia innecesarias.

En la segunda parte del trabajo, se analizan los resultados del indicador de hospitalizaciones evitables según las metas de reducción del 10% sobre los egresos de las hospitalizaciones evitables por grupo categoría CIE - 10, para luego comparar los resultados individuales y de forma global. Tal meta, propuesto plan estratégico 2014 a 2019, **“COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO y RESULTADOS INTERMEDIOS”** OPS/OMS.

Finalmente, mediante ponderaciones de los días de estancia innecesarias y DCO (costo promedio de día cama ocupada) según valores entregados por la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud de Chile, valorizado en dólares con tasa de cambio del Banco Mundial, se establece el gasto innecesario promedio en dólares, y por lo tanto, el impacto en el financiamiento en salud de las hospitalizaciones evitables en los servicios de salud, para las regiones de Valparaíso y Metropolitana, estableciéndose una comparación del resultado.

Tabla 5: Operacionalización metodológica

Objetivos específicos	VARIABLES	Tipo Indicador	Resultado	Fuente de datos	Herramienta de procesamiento
Determinar el resultado del indicador de hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio para la región de Valparaíso en Chile para los años 2017, 2018, y 2019	<p>Patologías de hospitalizaciones evitables CIE-10</p> <p>Egresos hospitalarios</p> <p>Día de estancia hospitalaria total, y días de estancia hospitalaria asociada a hospitalizaciones evitables</p>	Indicador trazador de actividad hospitalaria, que mide de forma indirecta el desempeño de la Atención Primaria de la Salud	Tasa de hospitalizaciones evitables para la región de Valparaíso para los años 2018 y 2019	Base de datos públicas DEIS	Mediante software de productividad Excel
Determinar el resultado del indicador de hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio para la región Metropolitana de Chile para los años 2017, 2018, y 2019	<p>Patologías de hospitalizaciones evitables CIE-10</p> <p>Egresos hospitalarios</p> <p>Día de estancia hospitalaria total, y días de estancia hospitalaria asociada a hospitalizaciones evitables</p>	Indicador trazador de actividad hospitalaria, que mide de forma indirecta el desempeño de la Atención Primaria de la Salud	Tasa de hospitalizaciones evitables para la región Metropolitana para los años 2018 y 2019	Base de datos públicas DEIS	Mediante software de productividad Excel

Analizar los resultados individuales del indicador entorno a la línea base del 10% para la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, y 2019	<p>Patologías de hospitalizaciones evitables CIE-10</p> <p>Egresos hospitalarios</p> <p>Día de estancia hospitalaria total, y días de estancia hospitalaria asociada a hospitalizaciones evitables</p>	Indicador trazador de actividad hospitalaria, que mide de forma indirecta el desempeño de la Atención Primaria de la Salud	Tasa de hospitalizaciones evitables para la región de Valparaíso para los años 2017, 2018, y 2019	Base de datos públicas DEIS	Mediante software de productividad Excel
Comparar los indicadores de hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio para la región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018, y 2019.	Resultado de indicador de hospitalizaciones prevenibles construido para la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, y 2019.	Indicador trazador de actividad hospitalaria, que mide de forma indirecta el desempeño de la Atención Primaria de la Salud	Qué región se encuentra más alejada de la línea base de 10% del total de hospitalizaciones evitables	Construcción propia	Mediante software de productividad Excel

<p>Comparar el impacto en el financiamiento de la salud mediante hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio para la región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018, y 2019</p>	<p>Resultado de indicador de hospitalizaciones prevenibles construido para la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, y 2019</p> <p>Costo promedio de estancia hospitalaria según herramienta PERC – OPS/OMS</p>	<p>Indicador de impacto sobre el financiamiento de la salud mediante las hospitalizaciones prevenibles</p>	<p>Comparación del impacto en el financiamiento de la salud mediante las hospitalizaciones prevenibles en la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, y 2019</p>	<p>Construcción propia</p>	<p>Mediante software de productividad Excel</p>
---	--	--	---	----------------------------	---

Fuente: Elaboración propia

4.3 Universo y características de la muestra

El universo del estudio, consta de toda la población atendida en el SNSS, por medio de la red asistencial de las regiones de Valparaíso y la región Metropolitana, según la información de egresos hospitalarios obtenida desde el DEIS.

La muestra, corresponde los egresos y días de estada hospitalaria en la red asistencial de la región de Valparaíso y la región Metropolitana, y hayan sido categorizadas según CIE -10, para los años 2017, 2018, 2019.

4.4 Fuente de información y técnicas de recolección de datos

Para el desarrollo de los objetivos del presente trabajo, se consideran la información contenida en la planificación estratégica 2014 a 2019 de la OPS/OMS, que contiene la definición de hospitalizaciones evitables con categorización CIE-10, algoritmos de cálculos en términos de egresos hospitalarios y días de estancias evitables.

Con respecto a la información de Egresos Hospitalarios, que nos entrega información sobre egresos hospitalarios, días de estancia por patología, y motivos de egresos según CIE - 10, se utilizarán las bases públicas del Departamento de Información en Salud (DEIS), dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile.

Para la obtención de información de la red de atención de la región de Valparaíso y región Metropolitana, se utilizarán información entregada por el DEIS, y los informes públicos emanados del Departamento de Estudios, Planificación, y Control de Gestión del Área de Personas, del Departamento de División de Gestión y Desarrollo de las Personas, perteneciente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El valor económico del DCO, es obtenido del estudio en revisión, sobre “Estudio de medición del impacto financiero por hospitalizaciones evitables”, que se sustenta en información de la División de Atención Primaria de la Salud, del Minsal.

Finalmente, por Ley sobre Acceso a Información Pública¹⁰, se hace solicitud de los presupuestos en los 29 Servicios de Salud de Chile, para los años 2017,2018, y 2019.

¹⁰ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=276363>

5. Desarrollo

En este capítulo, se desarrollan los objetivos específicos definidos para la consecución del objetivo general de la propuesta de tesis.

5.1 Caracterización de la red de salud de la Atención Primaria de la Salud y Hospitalaria en la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019

La caracterización para las regiones de Valparaíso y Metropolitana, se basará en la descripción de los dispositivos de salud, población usuaria, dotación de camas, dotación de personal y presupuesto de los Servicios de Salud del SNSS.

5.1.1 Dispositivos de salud en la región de Valparaíso y región Metropolitana

El concepto de dispositivo de salud, se relaciona con los establecimientos del SNSS, como por ejemplo: hospitales, Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicios de Urgencia, Centros de Referencia de Salud, entre otros.

Establecer el enfoque de dispositivos de salud sobre el de establecimientos de salud, nos permite tener una visión de Redes Integradas de Servicios en Salud (RISS), donde los distintos niveles de atención se articulan a nivel de mesogestión mediante los Servicios de Salud.

Cabe destacar, que el indicador de hospitalizaciones evitables, contiene el concepto de RISS, por lo tanto, su resultado es expresión del nivel de integración de la Red de Atención en Salud¹¹.

Los dispositivos de salud considerados para la caracterización de la red de atención de la región de Valparaíso y la región Metropolitana, serán aquellos pertenecientes al SNSS, para el primer, segundo y tercer nivel de atención en salud.

¹¹ En este trabajo, no se considera la evaluación de la integralidad de la Red de Atención en Salud, y se deja como un posible desafío, en posteriores estudios en torno al indicador de hospitalizaciones evitables.

5.1.1.1 Dispositivos de Salud Región de Valparaíso

Los dispositivos de salud de la Red de Atención de la Región de Valparaíso, están compuestos por un total de 266 dispositivos, pertenecientes al SNSS, y coordinados por los tres Servicios de Salud de la región.

Dentro de los dispositivos existentes, destacan los CESFAM (79), Hospitales (22), Posta de Salud Rural (PSR) (57), y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)¹² (4), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) (34). En su conjunto, estos dispositivos corresponden al 78,2% del total de la región.

Tabla 6: Dispositivos de Salud Pertenecientes al SNSS en la Región de Valparaíso

Tipo de Dispositivos de Salud en la Región De Valparaíso	Perteneciente al SNSS	Total general
	266	266
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	26	26
Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)	7	7
Centro Comunitario para personas con Demencia	1	1
Centro de Especialidad	1	1
Centro de Referencia de Salud (CRS)	2	2
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	79	79
Centros Exclusivos de Atención Respiratoria (CEAR)	2	2
Clínica Dental	1	1
Hospital	22	22
Posta de Salud Rural (PSR)	57	57
Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)	3	3
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	34	34
Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)	4	4
Servicio de Urgencia Rural (SUR)	17	17
Unidad de Procedimientos Móvil	7	7
Unidad de Salud Funcionarios	3	3

Fuente: Establecimientos de Chile. DEIS 2022.

¹² El SAR, es un dispositivo de salud de alta resolutividad, que atiende situaciones de urgencia de baja complejidad.

5.1.1.2 Dispositivos de Salud Región Metropolitana

En la región Metropolitana, los dispositivos con mayor presencia dentro del SNSS, son: SAPU (92), CESFAM (166), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) (69), PSR (44), Hospitales (33). Estos dispositivos de Salud, corresponden al 80% de la Red de Atención en Salud, de un total de 505 dispositivos de salud.

Dentro de los dispositivos de salud existentes, la presencia de la Atención Remota, es el gran diferenciador con respecto a la región de Valparaíso.

Tabla 7: Dispositivos de Salud Pertenecientes al SNSS en la Región Metropolitana

Tipo de Dispositivos de Salud en la Región Metropolitana	Perteneciente al SNSS	Total general
	505	505
Atención Remota	1	1
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	69	69
Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)	44	44
Centro de Especialidad	2	2
Centro de Referencia de Salud (CRS)	6	6
Centro de Regulación Médica de las Urgencias (SAMU)	1	1
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	166	166
Clínica Dental	3	3
Consultorio General Rural (CGR)	1	1
Hospital	33	33
Posta de Salud Rural (PSR)	44	44
Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)	6	6
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	92	92
Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)	20	20
Servicio de Urgencia Rural (SUR)	9	9
Unidad de Procedimientos Móvil	2	2
Unidad de Salud Funcionarios	6	6

Fuente: Establecimientos de Chile. DEIS 2022.

5.1.2 Población usuaria de la red de Atención Primaria de la Salud en la región de Valparaíso y región Metropolitana

Para caracterizar a la población de usuarios de la APS para las regiones de Valparaíso y Metropolitana, se utilizó el portal de Datos Abiertos de FONASA¹³, junto con su boletín de estadísticas 2017 a 2018.

El FONASA, considera a la población beneficiaria como aquella que se encuentra inscrita en el sistema, categorizándolos en cuatro categorías (A,B,C,D), y segmentándolos según su ingreso.

¹³ <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/estadisticas-anuales>

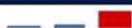









Dentro del universo de beneficiarios, se encuentran aquellas personas categorizadas como población acreditada, que son aquellas personas acreditadas en algún dispositivo de salud, perteneciente al SNSS.

Y finalmente, se encuentra la población inscrita en la APS.

Para efectos de este trabajo, se utilizará la población beneficiaria y la población inscrita en APS.

A modo de resumen, se construye Tabla 8, que permite conocer la población beneficiaria nacional, la población beneficiaria y acreditada de las regiones de Valparaíso y Metropolitana.

Tabla 8: Población beneficiaria de Fonasa por Servicios de Salud en las regiones de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017,2018, y 2019.

ITEM	Población Beneficiaria			Minigráficos 2017 a 2019
	2017	2018	2019	
A nivel nacional	13.926.475	14.102.709	14.841.577	
Servicio de Salud Regiones de Valparaíso y Metropolitana	2017	2018	2019	
Servicio de Salud Aconcagua	164.353	232.111	230.341	
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	759.201	810.766	851.847	
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	362.008	423.928	444.268	
Servicio de salud Metropolitano Central	265.444	698.287	771.860	
Servicio de Salud Metropolitano Norte	630.984	698.597	754.170	
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	991.568	1.033.222	1.079.428	
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	598.467	620.829	653.198	
Servicio de Salud Metropolitano Sur	995.638	967.615	1.016.533	
Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente	1.016.615	1.101.740	1.141.535	
Total por Servicios de Salud Región de Valparaíso y Metropolitana	5.784.278	6.587.095	6.943.180	
Servicios de Salud cómo porcentaje a nivel nacional	41,53%	46,71%	46,78%	

Fuente: Elaboración Propia con datos Fonasa

Tabla 9: Distribución por Servicios de Salud de la población acreditada e inscrita en APS en las regiones de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018, y 2019.

ITEM	Población acreditada			Minigráficos 2017 a 2019
	2017	2018	2019	
A nivel nacional	12.366.867	13.899.613	8.761.847	
Inscrito en APS a nivel nacional	12.236.725	12.416.882	7.539.824	
Inscrito en APS por Servicios de Salud	2017	2018	2019	
Servicio de Salud Aconcagua	164.353	212.586	132.780	
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	759.201	702.354	443.316	
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	362.008	387.335	239.226	
Servicio de salud Metropolitano Central	265.444	516.945	328.784	
Servicio de Salud Metropolitano Norte	630.984	607.931	367.041	
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	991.568	952.119	575.651	
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	598.467	545.194	376.149	
Servicio de Salud Metropolitano Sur	995.638	894.422	539.641	
Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente	1.016.615	1.062.996	611.243	
Total por Servicios de Salud Región de Valparaíso y Metropolitana	5.784.278	5.881.882	3.613.831	
Porcentaje de inscritos en APS en Servicios de Salud seleccionados versus inscritos en APS a nivel nacional	47,27%	47,37%	47,93%	

Fuente: Elaboración Propia con datos Fonasa

5.1.3 Dotación de camas para la Región de Valparaíso y región Metropolitana

Tabla 10: Dotación de Camas para la Región de Valparaíso según Servicio de Salud y complejidad de Atención de establecimiento pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud

Servicio de Salud/Complejidad	Suma de 2017	Suma de 2018	Suma de 2019
⇒ Aconcagua			
Alta complejidad	402	402	393
Baja complejidad	73	70	65
Mediana complejidad	354	354	354
Total Aconcagua	829	826	812
⇒ Metropolitano Central			
Alta complejidad	1201	1201	1240
Baja complejidad	24	24	24
Total Metropolitano Central	1225	1225	1264
⇒ Metropolitano Norte			
Alta complejidad	1268	1266	1256
Baja complejidad	24	24	24
Total Metropolitano Norte	1292	1290	1280
⇒ Metropolitano Occidente			
Alta complejidad	1170	1173	1173
Baja complejidad	18	18	18
Hospital Alta Complejidad			
Mediana complejidad	160	161	161
Total Metropolitano Occidente	1348	1352	1352
⇒ Metropolitano Oriente			
Alta complejidad	1226	1242	1207
Baja complejidad	18	18	18
Total Metropolitano Oriente	1244	1260	1225
⇒ Metropolitano Sur			
Alta complejidad	1329	1329	1364
Mediana complejidad	359	350	342
Total Metropolitano Sur	1688	1679	1706
⇒ Metropolitano Sur Oriente			
Alta complejidad	1562	1579	1604
Hospital Alta Complejidad	0	0	0
Mediana complejidad	198	198	198
Total Metropolitano Sur Oriente	1760	1777	1802
⇒ Valparaíso San Antonio			
Alta complejidad	882	859	857
Baja complejidad	6	6	6
Mediana complejidad	103	103	103
Total Valparaíso San Antonio	991	968	966
⇒ Viña del Mar Quillota			
Alta complejidad	807	810	807
Baja complejidad	408	408	409
Total Viña del Mar Quillota	1215	1218	1216
Total general	11592	11595	11623

Fuente: Fuente: DEIS, DIGERA 2022.

Para la tabla 10, sobre la dotación de camas, es importante destacar que a “partir del año 2014, la agrupación de camas es por áreas funcionales y no se reconocen las camas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria”.

En términos de camas totales, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, posee para los años 2017, 2018, y 2019; una cantidad de 1.760; 1.777; 1.802 camas, respectivamente. En la región Metropolitana, todos los Servicios de Salud existentes, poseen sobre 1.000 camas.

En cambio, en la región de Valparaíso, sólo el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, supera las 1000 camas, para el 2017, 2018, y 2019, con 1.215, 1.218, 1216 camas, respectivamente.

En total, los nueve Servicios de Salud analizados, para el 2017, cuentan con 11.592 camas; el 2018, 11.595 camas; y finalmente, 11.623 camas, para el año 2019.

5.1.4 Presupuesto por Servicio de Salud para la región de Valparaíso y la región Metropolitana

La información sobre el presupuesto de los Servicios de Salud de la región de Valparaíso y la región Metropolitana, se ha obtenido de información publicada por la Dirección de Presupuestos del Gobierno de Chile, perteneciente al Ministerio de Hacienda.

Para abordar el concepto de presupuesto, se utilizará el portal “Datos Abiertos”¹⁴.

Según el portal de Datos Abiertos, la construcción del presupuesto¹⁵ a nivel nacional, se enmarca en un proceso de etapa, llamado “proceso presupuestario”¹⁶:

1. Formulación.
2. Discusión y aprobación.
3. Ejecución.
4. Evaluación.

¹⁴ “Presupuesto Abierto es una plataforma de datos abiertos que publica y visualiza los datos transaccionales de ejecución del gasto fiscal de la Presidencia de la República, el Congreso Nacional, el Poder Judicial, la Contraloría General de la República, el Ministerio Público, y cada uno de los Ministerios y sus respectivos servicios, de forma simple e interactiva”. (presupuestoabierto.gob.cl/about).

¹⁵ “En la elaboración del presupuesto se solicita a todos los interesados, tales como, ciudadanos, instituciones de la sociedad civil, organismos del Estado, análisis, formulación, consulta, discusión y sanción entre diversos actores involucrados e instituciones que componen la administración pública del país”. (<https://presupuestoabierto.gob.cl/about-budget>).

¹⁶ El detalle del ciclo presupuestario se encuentra en Anexos.

5. Control.

Para el análisis de los presupuestos de forma macro, se pueden abordar, desde: el presupuesto asignado, el presupuesto vigente, y el presupuesto ejecutado. En este caso, nos centraremos en el presupuesto ejecutado, que corresponde a los recursos económicos efectivamente desembolsados.

Tabla 11: Presupuesto inicial y ejecutado para los Servicios de Salud de la región de Valparaíso en los años 2017, 2018, 2019.

Presupuestos de Salud			
2017 (Miles de pesos)			
Servicios de Salud Región de Valparaíso	Inicial	Ejecutado	Variación Porcentual
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	148.423.818	196.450.294	32,36%
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	207.395.168	314.774.439	51,78%
Servicio de Salud Aconcagua	80.449.032	96.716.363	20,22%
Total Regional	436.268.018	607.941.096	39,35%
2018 (Miles de pesos)			
Servicios de Salud Región de Valparaíso	Inicial	Ejecutado	Variación Porcentual
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	161.512.415	236.228.545	46,26%
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	229.808.657	355.800.759	54,82%
Servicio de Salud Aconcagua	87.742.341	125.664.264	43,22%
Total Regional	479.063.413	717.693.568	49,81%
2019 (Miles de pesos)			
Servicios de Salud Región de Valparaíso	Inicial	Ejecutado	Variación Porcentual
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	171.226.529	258.267.719	50,83%
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	251.150.146	437.323.891	74,13%
Servicio de Salud Aconcagua	9.059.970.056	10.516.875.939	16,08%
Total Regional	9.482.346.731	11.212.467.549	18,25%

Fuente: Elaboración propia en base a información de presupuestos Dipres

En el total de los años de análisis para los tres Servicios de Salud de la región de Valparaíso, se observa que el presupuesto ejecutado es siempre mayor al inicial. Esto puede ocurrir, por ajustes presupuestarios en el transcurso del año, que tiendan a solventar económicamente las actividades de salud y el aprovisionamiento.

De los tres Servicios de Salud existentes en la región de Valparaíso, el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, tiene variaciones sobre el 50% para los años analizados, destacando el año 2019, donde la variación porcentual de presupuesto inicial y ejecutado es de un 74,13%.

Con respecto a los totales regional por año, la variación mínima se presenta el año 2019, con un 18,25%; y la mayor variación porcentual, ocurre el 2018, con un valor de 49,81%,

esto se puede explicar, por la importante variación del Servicio de Salud Aconcagua (43,22%), con respecto a los otros años.

Tabla 12: Presupuesto inicial, ejecutado, población asignada, y población usuaria de Atención Primaria para los Servicios de Salud de la región Metropolitana en los años 2017, 2018, 2019.

Presupuestos de Salud			
2017 (Miles de pesos)			
Servicios de Salud Región Metropolitana	Inicial	Ejecutado	Variación Porcentual
Metropolitano Norte	207.737.215	282.399.429	35,94%
Metropolitano Occidente	272.614.622	379.915.570	39,36%
Metropolitano Central	244.358.185	353.218.482	44,55%
Metropolitano Oriente	260.888.316	323.344.012	23,94%
Metropolitano Sur	292.266.603	367.585.226	25,77%
Metropolitano Sur-Oriente	313.393.921	402.570.198	28,46%
Total regional	1.591.258.862	2.109.032.917	32,54%
2018 (Miles de pesos)			
Servicios de Salud Región Metropolitana	Inicial	Ejecutado	Variación Porcentual
Metropolitano Norte	222.598.324	308.896.964	38,77%
Metropolitano Occidente	294.960.580	416.225.009	41,11%
Metropolitano Central	259.669.986	366.378.185	41,09%
Metropolitano Oriente	281.947.719	343.535.060	21,84%
Metropolitano Sur	318.064.913	392.645.996	23,45%
Metropolitano Sur-Oriente	340.582.042	463.319.894	36,04%
Total regional	1.717.823.564	2.291.001.108	33,37%
2019 (Miles de pesos)			
Servicios de Salud Región Metropolitana	Inicial	Ejecutado	Variación Porcentual
Metropolitano Norte	235.512.799	345.582.145	46,74%
Metropolitano Occidente	335.218.651	468.024.035	39,62%
Metropolitano Central	275.822.562	418.524.408	51,74%
Metropolitano Oriente	297.069.548	423.134.014	42,44%
Metropolitano Sur	336.690.807	458.425.639	36,16%
Metropolitano Sur-Oriente	368.529.878	525.940.264	42,71%
Total regional	1.848.844.245	2.639.630.505	42,77%

Fuente: Elaboración propia en base a información de presupuestos Dipres

Con respecto a la región Metropolitana, en términos del total regional, la mayor variación porcentual se presenta el 2019, con un 42,77%.

Sobre las variaciones de los Servicios de Salud, año a año, se comportan de manera parecida, exceptuando el Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente, con un 42,71%, para el año 2019.

5.2 Indicador de hospitalizaciones evitables para los Servicios de Salud de región de Valparaíso y región metropolitana en Chile para los años 2017, 2018, 2019

Para la construcción del indicador de hospitalizaciones evitables, se consideran los siguientes elementos: egresos y días de estancias hospitalarias del SNSS para los Servicios de Salud de la región de Valparaíso y Metropolitana, egresos por grupo de categoría CIE-10, egresos y estadía por patologías CIE-10 de hospitalizaciones evitable OPS/OMS, egresos y estadías totales de las regiones de Valparaíso y Metropolitana.

5.2.1 Indicador de Hospitalizaciones Evitables por Egresos Hospitalarios para la Región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017,2018,2019

A nivel regional, los egresos hospitalarios total y el indicador de hospitalizaciones evitables, se comporta de la siguiente forma:

Tabla 13: Egresos hospitalarios totales e Indicador regional de Hospitalizaciones evitables por egresos hospitalarios 2017, 2018, 2019.

Región	Egresos hospitalarios totales		
	2017	2018	2019
Valparaíso	107.601	103.936	102.331
Metropolitana	337.767	349.230	322.128
Región	Hospitalizaciones evitables		
Valparaíso	17.959	16.936	16.823
Metropolitana	49.053	51.369	48.272
Indicador de hospitalizaciones evitables por egresos hospitalarios regional			
Años	2017	2018	2019
Valparaíso	16,7%	16,3%	16,4%
Metropolitana	14,5%	14,7%	15,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información DEIS.

5.2.2 Indicador de Hospitalizaciones Evitables por Estadías Hospitalarias para la Región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019

Tabla 14: Estadías hospitalarias totales e Indicador regional de Hospitalizaciones evitables por estadía hospitalaria 2017, 2018,2019

Región	Estadías hospitalarias totales		
	2017	2018	2019
Valparaíso	921.450	946.467	870.182
Metropolitana	2.569.179	2.675.669	2.496.509
Región	Hospitalizaciones evitables		
Valparaíso	142.370	149.453	139.320
Metropolitana	435.950	443.069	408.456
Indicador de hospitalizaciones evitables por Estadías hospitalarias regional			
Años	2017	2018	2019
Valparaíso	15,45%	15,79%	16,01%
Metropolitana	16,97%	16,56%	16,36%

Fuente: Elaboración propia en base a información DEIS.

5.3 Comparación de los indicadores de hospitalizaciones evitables para la región de Valparaíso y Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019

Para realizar la comparación de los indicadores de hospitalizaciones evitables, se utilizará el resultado del mismo a nivel nacional. Esto quiere decir, que se toma el indicador de hospitalizaciones evitables nacional¹⁷ para el 2017, 2018 y 2019, y se compara con el resultado de las hospitalizaciones evitables por regiones y por Servicios de Salud considerados en este trabajo.

¹⁷ Información contenida en estudio en revisión: "Medición del gasto asociado a hospitalizaciones por afecciones sensibles a la atención ambulatoria desde el 2015 al 2020 en el Sistema de Salud Público de Chile".

Tabla 15: Comparación de hospitalizaciones evitables por Servicios de Salud según línea base nacional para el año 2017

Servicios de Salud	Indicador de Hospitalizaciones evitables por egresos hospitalarios 2017	Línea base de comparación nacional de Hospitalizaciones evitables	Porcentaje sobre la línea base nacional de los Servicios de Salud
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	17,15%	13,4%	-3,75%
Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente	17,09%	13,4%	-3,69%
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	16,69%	13,4%	-3,29%
Servicio de Salud Aconcagua	15,93%	13,4%	-2,53%
Servicio de salud Metropolitano Central	14,67%	13,4%	-1,27%
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	14,22%	13,4%	-0,82%
Servicio de Salud Metropolitano Sur	14,09%	13,4%	-0,69%
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	13,29%	13,4%	0,11%
Servicio de Salud Metropolitano Norte	12,38%	13,4%	1,02%

Fuente: Elaboración propia en base a información DEIS.

Tabla 16: Comparación de hospitalizaciones evitables por Servicios de Salud según línea base nacional para el año 2018

Servicios de Salud	Indicador de Hospitalizaciones evitables por egresos hospitalarios 2018	Línea base de comparación nacional de Hospitalizaciones evitables	Porcentaje sobre la línea base nacional de los Servicios de Salud
Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente	18,10%	13,5%	-4,60%
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	17,07%	13,5%	-3,57%
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	16,17%	13,5%	-2,67%
Servicio de Salud Aconcagua	15,45%	13,5%	-1,95%
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	15,14%	13,5%	-1,64%
Servicio de Salud Metropolitano Sur	14,27%	13,5%	-0,77%
Servicio de salud Metropolitano Central	13,65%	13,5%	-0,15%
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	12,81%	13,5%	0,69%
Servicio de Salud Metropolitano Norte	12,75%	13,5%	0,75%

Fuente: Elaboración propia en base a información DEIS.

Tabla 17: Comparación de hospitalizaciones evitables por Servicios de Salud según línea base nacional para el año 2019

Servicios de Salud	Indicador de Hospitalizaciones evitables por egresos hospitalarios 2019	Línea base de comparación nacional de Hospitalizaciones evitables	Porcentaje sobre la línea base nacional de los Servicios de Salud
Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente	18,51%	13,8%	-4,71%
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	16,77%	13,8%	-2,97%
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	16,44%	13,8%	-2,64%
Servicio de Salud Aconcagua	15,78%	13,8%	-1,98%
Servicio de Salud Metropolitano Sur	15,15%	13,8%	-1,35%
Servicio de salud Metropolitano Central	15,05%	13,8%	-1,25%
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	14,77%	13,8%	-0,97%
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	13,49%	13,8%	0,31%
Servicio de Salud Metropolitano Norte	12,83%	13,8%	0,97%

Fuente: Elaboración propia en base a información DEIS.

5.4 Comparación del impacto en el financiamiento de la salud por hospitalizaciones evitables según presupuesto ejecutado por los Servicios de Salud en la región de Valparaíso y región Metropolitana para los años 2017, 2018, 2019

En el desarrollo del siguiente punto, se realizará el cálculo del gasto innecesario, como la ponderación CDO, con los días de estadas innecesarias, para luego, comparar su impacto sobre el presupuesto ejecutado por región.

Tabla 18: Valor CDO en pesos chilenos

ITEM	2017	2018	2019
DCO Promedio en pesos chilenos	\$206.061	\$210.293	\$211.973

Fuente: elaboración propia con información de estudio en revisión.

Tabla 19: Gasto innecesario en las regiones de Valparaíso y Metropolitana en miles de millones

región	Estadías por hospitalizaciones evitables		
	años		
	2017	2018	2019
Valparaíso	142.370	149.453	193.320
Metropolitana	435.950	443.069	408.456
Gasto innecesario			
Región	Años		
	2017	2018	2019
Valparaíso	\$ 29.336.905	\$ 31.428.920	\$ 40.978.620
Metropolitana	\$ 89.832.293	\$ 93.174.309	\$ 86.581.644

Fuente: elaboración propia.

Tabla 20: Comparación del impacto en el financiamiento de la salud desde el gasto innecesario por servicios de salud en la región de Valparaíso y región metropolitana para el año 2017 en miles de millones

Servicio de Salud	Presupuesto Ejecutado	Gasto innecesario	Impacto del gasto innecesario
Metropolitano Norte	\$ 282.399.429	\$ 9.795.110	3,47%
Metropolitano Occidente	\$ 379.915.570	\$ 14.715.228	3,87%
Metropolitano Central	\$ 353.218.482	\$ 14.301.252	4,05%
Metropolitano Oriente	\$ 323.344.012	\$ 11.045.694	3,42%
Metropolitano Sur	\$ 367.585.226	\$ 15.269.738	4,15%
Metropolitano Sur-Oriente	\$ 402.570.198	\$ 24.705.271	6,14%
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	\$ 196.450.294	\$ 10.504.784	5,35%
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	\$ 314.774.439	\$ 13.493.286	4,29%
Servicio de Salud Aconcagua	\$ 96.716.363	\$ 5.338.834	5,52%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 21: Comparación del impacto del financiamiento de la salud desde el gasto innecesario por servicios de salud en la región de Valparaíso y región metropolitana para el año 2018 en miles de millones

Servicios de Salud	Presupuesto Ejecutado	Gasto innecesario	Impacto del Gasto Innecesario
Metropolitano Norte	\$ 308.896.964	\$ 9.822.996	3,18%
Metropolitano Occidente	\$ 416.225.009	\$ 15.045.413	3,61%
Metropolitano Central	\$ 366.378.185	\$ 13.707.529	3,74%
Metropolitano Oriente	\$ 343.535.060	\$ 11.589.458	3,37%
Metropolitano Sur	\$ 392.645.996	\$ 15.422.889	3,93%
Metropolitano Sur-Oriente	\$ 463.319.894	\$ 27.586.025	5,95%
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	\$ 236.228.545	\$ 10.438.524	4,42%
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	\$ 355.800.759	\$ 14.316.747	4,02%
Servicio de Salud Aconcagua	\$ 125.664.264	\$ 6.673.648	5,31%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 22: Comparación del impacto del financiamiento de la salud desde el gasto innecesario por servicios de salud en la región de Valparaíso y región metropolitana para el año 2019 en miles de millones

Servicios de Salud	Presupuesto Ejecutado	Gasto innecesario	Impacto del Gasto Innecesario
Metropolitano Norte	\$ 345.582.145	\$ 9.545.568	2,76%
Metropolitano Occidente	\$ 468.024.035	\$ 15.752.350	3,37%
Metropolitano Central	\$ 418.524.408	\$ 13.971.564	3,34%
Metropolitano Oriente	\$ 423.134.014	\$ 11.364.932	2,69%
Metropolitano Sur	\$ 458.425.639	\$ 15.642.336	3,41%
Metropolitano Sur-Oriente	\$ 525.940.264	\$ 20.304.894	3,86%
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	\$ 258.267.719	\$ 9.635.869	3,73%
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	\$ 437.323.891	\$ 14.313.901	3,27%
Servicio de Salud Aconcagua	\$ 123.232.364	\$ 5.582.309	4,53%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 23: Comparación del impacto del financiamiento de la salud desde el gasto innecesario en la región de Valparaíso y Metropolitana en miles de millones

Región	Presupuesto regional ejecutado por años		
	2017	2018	2019
Valparaíso	\$ 607.941.096	\$ 717.693.568	\$ 818.823.974
Metropolitana	\$ 2.109.032.917	\$ 2.291.001.108	\$ 2.639.630.505
Gasto innecesario			
Región	Años		
	2017	2018	2019
Valparaíso	\$ 29.336.905	\$ 31.428.920	\$ 40.978.620
Metropolitana	\$ 89.832.293	\$ 93.174.309	\$ 86.581.644
Relación de gasto innecesario y gasto ejecutado regional por años			
Región	Años		
	2017	2018	2019
Valparaíso	4,83%	4,38%	5,00%
Metropolitana	4,26%	4,07%	3,28%

Fuente: elaboración propia.

6. Conclusiones

El Indicador de hospitalizaciones evitables es una herramienta y método de bajo costo al momento de realizar comparaciones entre comunas, servicios de salud, y regiones. Especialmente, porque la información para su construcción es pública en Chile y se puede solicitar por Ley de Transparencia. Además, su cálculo es simple y existe importante documentación sobre su análisis.

Se expone una correlación y causalidad entre la inversión a la APS medida como porcentaje del Producto Interno Bruto, y la cantidad de gasto innecesario producido por hospitalizaciones evitables. En este trabajo, se observa que, al momento de bajar la inversión en la APS, aumentan el gasto innecesario y, por tanto, aumentan la ineficiencia del sistema de atención.

En términos de comparación regional de la cantidad de egresos hospitalarios por hospitalizaciones evitables, la región Metropolitana para el año 2017, fue un 1,52% mayor que la región de Valparaíso, como también para los 2018 y 2019, con una diferencia de 0,77% y 0,35%, respectivamente.

En los Servicios de Salud, quienes presentaron los mayores niveles de hospitalizaciones evitables o eficiencia pérdida para ambas regiones con respecto a la media nacional, fueron el Servicio de Salud Sur Oriente (-3,69%, -4,60%, -4,71%; para los años 2017, 2018 y 2019, respectivamente); Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (-3,75%, -3,57%; para los años 2017 y 2018 respectivamente), y el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota (- 2,97%, para el año 2019).

En términos financieros, Para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (región Metropolitana), el mayor año de gasto innecesario en pesos chilenos fue el 2018, con un monto de \$27.566.205.000, seguido por el año 2017, con un monto de \$24.705.271.000, en menor medida, con un monto de \$20.304.894.000, para el año 2019.

Mientras tanto, en la región de Valparaíso, el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, presenta su mayor grado de gasto innecesario en el año 2018, por un monto de \$14.316.747.000, seguido por el año 2019 con un gasto innecesario de \$14.313.901.000, y finalmente, para el año 2017, fueron gastados de manera innecesaria \$13.493.286.000.

Los servicios de salud Metropolitano Sur Oriente y Viña del Mar Quillota, presentan el mayor nivel de pobreza multidimensional en comparación a los servicios de salud en estudio de las regiones a las que pertenecen, con un porcentaje de 25,22% y 24,28%, respectivamente. Otra particularidad importante, es que el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, un 33,33% de las comunas que alberga son consideradas rurales y ninguna mixta, y en el caso del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, el 75% de las comunas son consideradas rurales (12,50%) o mixtas (62,50%).

Sobre el gasto innecesario y su impacto en el presupuesto de salud ejecutado, la región de Valparaíso tiene una relación de ineficiencia mayor en los tres años considerados en este trabajo de tesis en comparación con la región Metropolitana. Para el año 2017 en la región de Valparaíso, el impacto del gasto innecesario en el presupuesto ejecutado, fue de 4,83%, para los años 2018 y 2019, fue de 4,38% y 5,00%. Para la región Metropolitana, se obtuvo un resultado del impacto de 4,26%, 4,07%, 3,28%; para los años 2017, 2018, y 2019, respectivamente.

Solo considerando el ahorro por ambas regiones en términos de gasto innecesario para el periodo de estudio, se llega a un monto de \$371.332.691.000; lo que aproximadamente corresponde a la construcción de 59¹⁸ centros de salud de última tecnología para la Atención Primaria de la Salud a nivel nacional. Lo que también, se podría traducir en 16 centros de salud para la región de Valparaíso, y para la región Metropolitana, un total de 43 centros de salud, considerando el gasto innecesario respectivo por región.

Finalmente, no se identificó un estándar definido de eficiencia, que permita establecer si el indicador de hospitalizaciones evitables por egresos y por gastos innecesarios está siendo bien o mal gestionado. La única recomendación explícita es la expuesta por OPS/OMS, que menciona que cada año el indicador debe reducirse en un 10% en egresos por hospitalizaciones evitables según el resultado del año anterior.

¹⁸ Para este cálculo, se usó el valor de la construcción del nuevo centro de salud de la Municipalidad de Renca, región Metropolitana, que considera "un edificio sustentable, con autonomía energética y accesibilidad universal. Tendrá tres pisos, 24 box clínicos, tres boxes ginecológicos, seis boxes dentales, cuatro salas para trabajo clínico grupal, tres boxes de atención psicológica, un box IRA (Infección Respiratoria Aguda), un box ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), un box atención de urgencias, una sala cirugía menor, un box de ecografías, una sala de rehabilitación, una unidad de farmacia, una unidad de programas de alimentación y una sala multiuso para trabajo de educación grupal y comunitario". Con valor aproximado de \$6.300.000.000.-

7. Discusión y Propuestas

7.1 Discusión

El indicador de hospitalizaciones evitables como un indicador indirecto de la integralidad y resolutividad de la APS; es independiente de una lógica de gestión, brindando información de manera oportuna, de bajo costo, y de fácil comprensión.

Es así, que, al momento de calcular el indicador, tanto desde los egresos hospitalarios y el gasto innecesario generado por las hospitalizaciones evitables, no serviría para asignar recursos financieros claros, porque la meta de reducir el 10% de los egresos hospitalarios con respecto al año anterior, no considera de forma explícita cuánto debe bajar el gasto innecesario.

Esta sola explicitación de cuánto debe bajar el gasto innecesario, ayuda a articular los programas de atención, focalizando recursos para las patologías que podrían estar generando el mayor gasto innecesario. Esta salvedad puede romper imaginarios, tales como, que se debe gestionar con prioridad una patología con mayor tasa de ingresos a hospitalizaciones, que, en la práctica, no necesariamente tienen estadía más prolongada. Como resultado, no se estaría atacando al problema del gasto innecesario, y por lo tanto, su efecto en los presupuestos de salud seguiría siendo adverso.

Esta oportunidad de reducir los gastos innecesarios por hospitalizaciones evitables, no tiene que ver con generar un foco de reducción de los recursos financieros. Si no, redistribuir la eficiencia con una intención de equidad y bienestar, que podría ser sostenido por la incorporación de algunos indicadores socioeconómicos mínimos presentes en las determinantes sociales de la salud. Donde los indicadores desde las determinantes sociales, deberán establecerse por abordajes analíticos y con pertinencia territorial. En el sentido, que, a problemas comunes, soluciones locales y culturalmente pertinentes.

El integrar la perspectiva de asignación de recursos y uso eficiente de recursos con la distribución de la eficiencia, podría abrir una puerta más grande para facilitar el proceso de universalización de la APS, porque, efectivamente el tener una línea base que permita determinar una gestión exitosa de una no exitosa, ayudaría en el aumento de la cobertura en salud, disminución del gasto de bolsillo, y estructurar un modelo de financiamiento solidario de la salud.

Con esto, los y las economistas de la salud, gestores, y tomadores de decisiones en políticas públicas, podrán establecer una mejor línea de discusión y acción con respecto a las hospitalizaciones y gastos innecesarios para Latinoamérica y el mundo.

7.2 Propuestas

Para abordar los desafíos mencionados en la discusión, se realizan tres propuestas:

Para el enfoque desde los gastos innecesarios, se propone que este no supere el 5% del impacto sobre el presupuesto ejecutado anual. Este porcentaje, es un valor proxy propuesto, con respecto a que: los servicios de salud con mejor desempeño de egresos hospitalarios por hospitalizaciones evitables (más cercano a la media nacional), no superan el 5% de impacto desde el gasto innecesario.

1. Futuros estudios: Los estudios y publicaciones existentes entornos a las hospitalizaciones evitables, abundan en análisis del indicador, no así, desde como las patologías categorizadas en la tabla OPS/OMS según estándar CIE - 10, se encuentran relacionadas a los programas nacionales y locales de salud.

Por lo tanto, se propone que los estudios siguientes con respecto al indicador de hospitalizaciones evitables, relacione la inversión realizada en los programas de salud que estén enfocados a atender las patologías de la tabla OPS/OMS, pudiendo comparar, si efectivamente la inversión tiene relación con las hospitalizaciones evitables, o simplemente es la calidad de la gestión. Quedando como pregunta ¿Si a similares inversiones en programas nacionales y locales asociados a patologías CIE -10 de hospitalizaciones evitables, tienen similares resultados en el indicador?

2. Modelo solidario de financiamiento para la sostenibilidad de la universalización en APS: Con la premisa de "distribuir la eficiencia", se propone que aquellas comunas que cumplan con un impacto menor al 5% en el presupuesto considerando los egresos hospitalarios y gastos innecesarios, los Servicios de Salud consideren una asignación complementaria de libre uso, correspondiente a un 70% de la eficiencia financiera obtenida, y el 30% de la eficiencia financiera restante vaya directamente al reforzamiento de comunas que no estén cumpliendo con mantenerse bajo un 5% del impacto financiero por gastos innecesarios. Esta propuesta, se encuentra en concordancia con la correlación y causalidad entre la disminución de la inversión en APS y la generación de ineficiencia por gastos innecesarios en salud. Finalmente, lo que se hace, es reinvertir la eficiencia como un recurso real, y no como un efecto teórico y de reducción de presupuesto.

Complementando, se puede hacer mención que, en la definición del gasto en salud expuesto en este trabajo, no existe un ahorro real, sino, una reasignación de recursos sin claridad de los resultados obtenidos en salud (Outcome), y a la vez, quienes gestionan los establecimientos de salud no ven beneficios de ser eficientes, dado que, el presupuesto anual asignado es en base al gasto y no al beneficio social ni a la eficiencia, además que, los recursos tienen esquemas rígidos que no permiten plantear estrategias que se encarguen de los cambios tecnológicos, culturales, etarios, epidemiológicos, territoriales, entre otros.

La propuesta de modelo solidario de financiamiento para la sostenibilidad de la universalización en salud, incentiva la generación de eficiencia en los sistemas de atención de salud, como un proceso de reinversión institucional de libre uso, con pertinencia territorial, orientada a fortalecer la función del financiamiento en salud en todas sus dimensiones, y posicionando el buen trabajo como un método de solidaridad con equidad, innovación, para más bienestar en salud.

8. Bibliografía

Aguilera Correa, I. (2019). Hospitalizaciones evitables en Chile. *Boletín economía y salud*, 13(2).

Arrieta, A. (2012). *Serie sobre hospitalización evitable y fortalecimiento de la atención primaria en salud. El caso Chile*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Homar, J. C., & Matutano, C. C. (2003). La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atención primaria*, 31(1), 61.

Organización Panamericana de la Salud. 2017. Indicadores en salud. Análisis de salud, métricas y evidencias., Salud en las Américas. Accessed 10 25, 2018.

Kappes. M. S. (2021). *Hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a Atención Primaria de Salud: estudio longitudinal sobre las influencias de los determinantes sociales de la salud y sus costos para el Servicio de Salud de Reloncaví, Chile*. Instituto de Políticas Públicas en Salud.

OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care. OCDE Publishing.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Plan estratégico 2014 a 2019: compendio de indicadores del impacto y resultados intermedios. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Indicadores básicos. Situación de salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud

Palacios Quezada, A. (2017). *Financiamiento y Gasto en APS en Chile* [Diapositiva de PowerPoint]. Congreso de Atención Primaria de Salud.

Pan American Health Organization. (2014). *PAHO strategic plan 2014-2019. Championing health: sustainable development and equity*. Pan American Health Organization

Peiró, S., & Bernal-Delgado, E. (2006). Hospitalizaciones evitables. ¿Quién soporta la carga de la prueba?. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(4), 173-175.

Rasanathan, K., Montesinos, E. V., Matheson, D., Etienne, C., & Evans, T. (2011). Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(8), 656-660.

9. Anexos

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/pobreza-comunal/2017/DOCUMENTO_METODOLOGICO_SAE_2017.pdf

10. Directora de Tesis

Magíster Alejandra M. Irurzun - Universidad ISalud.